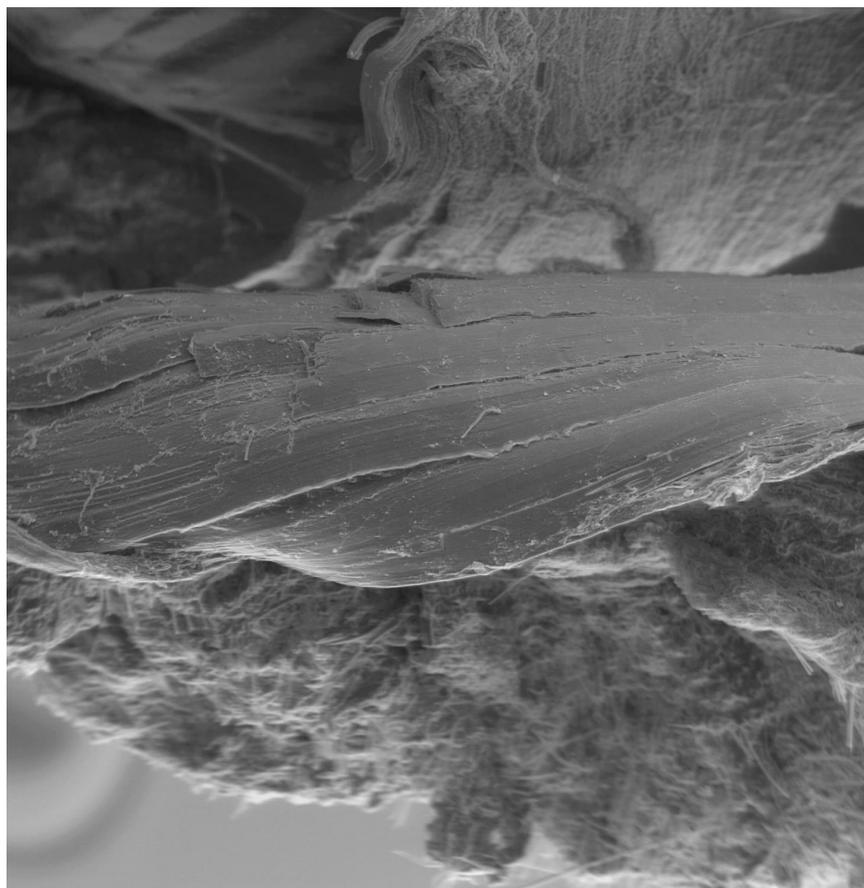


■ **Musculo estriado esquelético correspondiente al vientre posterior del digástrico, cercano a la apófisis mastoides de un feto humano de 28 semanas DIU**

Técnica: Microscopia electrónica de barrido 480X

Imagen externa de un fascículo de fibras musculares esqueléticas asociadas y recubiertas por un epimisio delgado que se relaciona con una masa densa de tejido conectivo tendinoso definiendo la entesis fibrosa, vascularizada e innervada.



Fotografía 4 ■

6/1/2011 11:14:46 AM | HV 30.0 kV | Det Mix | Mag 50x | VacMode Low vacuum |
Fotografía realizada en los laboratorios de la Universidad Nacional de Colombia |

 2.0 mm

Zoila Castañeda Murcia, OD, MSc. Universidad El Bosque, Colombia.

© Todos los derechos reservados. Esta fotografía no puede ser reproducida ni total ni parcialmente, sin el permiso previo de la autora.



Artículo de reflexión derivado de investigación

Del timbo al tambo. Salud mental en el sistema carcelario colombiano y política pública

From bad to worse: Mental Health in the Correctional system in Colombia and public policies. An overview

De timbo a tambo. Saúde mental no sistema prisional colombiano e políticas públicas

Recibido: 08 | 10 | 2018

Aprobado: 26 | 02 | 2019

DOI: <https://doi.org/10.18270/rsb.v9i1.2644>

Resumen

Introducción. Independiente de que la actividad criminal pueda o no estar relacionada con enfermedades mentales, la salud mental siempre conforma un componente importante en el manejo de los individuos privados de la libertad en los centros carcelarios.

Objetivos. Aportar un primer diagnóstico sobre el abordaje y el conocimiento sobre la salud mental que a la fecha se presenta en las cárceles colombianas.

Materiales y métodos. Para alcanzar ese propósito se acudió, entre otros, a la revisión de archivos del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario y de la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios y a la literatura existente sobre el particular. Asimismo, se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas y se aplicó la Escala de Evaluación de la Psicopatía de Hare PCL-R y el Cuestionario de evaluación IPDE a personas condenadas en distintos centros carcelarios y a trabajadores cuya labor se relaciona con la actividad carcelaria.

Resultados. Se evidenció una ausencia de diagnóstico en materia de salud mental y de cuidados estándar; una atención en salud mental deficitaria centrada en su mayoría en los sujetos inimputables legalmente y reconocidos como tales; una mínima labor preventiva e interventiva frente al consumo de sustancias psicoactivas; una notoria carencia de recursos para la atención de ese propósito; un insuficiente personal para atender esta problemática —con amplia ausencia de especialistas—, y la presencia de practicantes de pregrados de las universidades.

Conclusiones. La atención de la salud mental de las personas privadas de la libertad requiere la aplicación de instrumentos especializados y estandarizados que apoyen la realización de constantes filtros con claridad conceptual de salud y enfermedad mental, personal idóneo, fortalecimiento de los programas de apoyo psicosocial vigentes en el sistema carcelario y adaptación de las rutas de atención a salud al sistema penitenciario.

Palabras clave: Salud mental; Prisiones; Tratamiento; Criminales.

Miguel Álvarez-Correa

 <https://orcid.org/0000-0002-8396-9305>

Coordinador del Observatorio del Sistema Penal Acusatorio, del Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes y del grupo de investigación Justicia Formal y Justicia Comunitaria del Instituto de Estudios del Ministerio Público, Bogotá D.C., Colombia.

Guillermo Cadena

Director Sección de Psiquiatría de la Hernando Correctional Institution, Brooksville, Estados Unidos, y del Bushnell Detention Center, Bushnell, Estados Unidos.

Correspondencia: c.miguel.a@gmail.com

Abstract

Introduction: Regardless of whether criminal activity may or may not be related to mental illness, mental health is a determinant factor in the management of individuals in detention centers.

Objectives. To formulate the status of a diagnosis regarding the initial evaluation and current knowledge of mental health issues in the Colombian correctional institutions.

Materials and methods. We reviewed the INPEC and USPEC archives as well as the current literature in Spanish and English on this subject and conducted semi-structured interviews and administered the Hare PCL-R and the IPDE instruments to detainees in prisons. We also conducted semi structured interviews and focal groups with the prisons' staff.

Results. We identified a lack of mental health diagnosis, inadequate standards of care, mental health care that focused primarily on individuals incompetent to stand trial, a deficient effort in the prevention and intervention with detainees with substance use disorders, a notorious lack of resources and insufficient staff to address this problem, as well as a clear absence of specialists and inappropriate presence of undergraduate students from different university programs.

Conclusions. The mental health care of people deprived of liberty requires the use of specialized and standardized instruments that will support clear conceptual differences of mental health and mental illness, suitable, trained personnel, strengthening of current psychosocial support programs and a more efficient health care system within the correctional system.

Keywords: Mental Health; Prisons; Therapeutics; Criminals.

Resumo

Introdução. Independente da atividade criminal que pode ou não estar relacionado com a doença mental, saúde mental sempre forma um componente importante na gestão de pessoas privadas de liberdade nas prisões.

Objetivos. Fornecer um primeiro diagnóstico sobre a abordagem e o conhecimento sobre saúde mental que até hoje é apresentado nas prisões colombianas.

Materiais e métodos. Para atingir este objetivo teve a participação, entre outros, revendo os arquivos do Instituto Nacional Penitenciário e Correctional Services Unit e Cadeia e da literatura existente sobre o assunto. Também foram realizadas entrevistas semiestruturadas e psicopatía escala de avaliação Hare PCL-R e Assessment Questionnaire IPDE pessoas condenadas em diferentes prisões aplicada e trabalhadores, cujo trabalho está relacionado com a atividade de prisão.

Resultados. Houve ausência de diagnóstico em termos de saúde mental e atendimento padrão; Deficit de atenção em saúde mental, focado principalmente em sujeitos legalmente imputáveis reconhecidos como tal; trabalho mínimo preventivo e de intervenção contra o consumo de substâncias psicoativas; notória falta de recursos para a atenção daquele propósito; um pessoal insuficiente para resolver este problema - com uma ampla ausência de especialistas - e a presença de estagiários de graduação das universidades.

Conclusões. Cuidados de saúde mental das pessoas privadas de liberdade que exige a aplicação de ferramentas especializadas e padronizada para apoiar a realização de filtros constantes com a saúde clareza conceitual e doença mental, pessoal qualificado, o reforço dos programas de apoio psicossocial nas existente sistema prisional e adaptação das vias de saúde ao sistema penitenciário.

Palavras-chave: Saúde mental; Prisões; Tratamento Criminosos

Introducción

En una significativa proporción de las personas cuya actividad económica no se relaciona con las dinámicas institucionales y poblacionales de la justicia, existe la arraigada convicción de que todos aquellos sujetos que delinquen y que son privados de la libertad no son del todo normales. Se evidencia entonces la tendencia de relacionar el delito con la capacidad mental de los agresores, es decir con su juicio moral, más allá de las distintas motivaciones que se generan para la comisión de un delito (necesidades económicas, venganza, celos, percepciones de la realidad, justificaciones culturales, etc).

No obstante, si bien la comisión de un delito, en particular de aquellos de mayor gravedad, puede significar la presencia de dificultades personales en el sujeto comprometido, esto no conlleva forzosamente a la existencia de una enfermedad o trastorno mental, es decir a la existencia de una alteración de tipo emocional, cognitivo o comportamental que afecte procesos psicológicos como la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, etc. La Organización Mundial de la Salud (OMS) entiende por salud mental

“un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (1). La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la constitución de la OMS, entendida como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (1); este concepto, llevado a la práctica, evidencia que un sector de las comunidades puede no gozar de una salud mental óptima y tener algún rasgo disfuncional del comportamiento o trastornos de la personalidad en distintos grados de afectación, transitorios o permanentes.

En el ámbito carcelario, por su condición particular de *institución total* (2), el análisis y el abordaje de la salud mental de los internos debe procurar hacerse mediante un acercamiento interdisciplinario, incorporando áreas del conocimiento como medicina, psicología, psiquiatría, trabajo social y antropología; este abordaje debe estar acompañado transversalmente por la criminología —responsable de estudiar las fuentes del comportamiento antisocial— para promover mecanismos de prevención y abordaje.

De este modo, la triada *delincuencia, salud mental y enfermedad mental* incorpora los centros de reclusión a un debate de innegable relevancia, en cuanto respecta a la atención de aquellas personas procesadas o condenadas por la comisión de un delito; esto se hace para optimizar las condiciones de bienestar y la búsqueda de no reincidencia.

Detrás de cada individuo se encuentra un historial de vivencias personales, familiares y culturales; convicciones; ideologías, e imaginarios que están en capacidad de generar sesgos de toda naturaleza. Este historial predispone al sujeto y lo vuelve sensible, reactivo, resistente o indiferente a una amplia gama de experiencias o estímulos.

Los estudios desarrollados desde el siglo XIX a la fecha sobre la postulación de síndromes con correlato fisiológico para describir las enfermedades mentales han generado movimientos gremiales y académicos con el interés de explicar el comportamiento desviado desde teorías psicógenas —originados en la mente por causas psicológicas o emocionales— o psicósomáticas —trastornos psicológico que generan un efecto físico—.

Desde esta perspectiva, los estudios arrojaron que “algunos de los síntomas se asemejan a los de una enfermedad física”, pero sin ser “la manifestación de una patología orgánica” (3, p121). Se puede entonces afirmar que la relación entre salud y enfermedad es la de la salud con la no presencia de enfermedad; de forma análoga, la salud mental se ha descrito como la ausencia de enfermedades mentales.

La comisión del delito y la transgresión de la norma y de las convenciones sociales entra en la categoría de hechos socialmente “no deseados”, que además pueden o no estar impulsados por “anormalidades” personales del causante o en un contexto socioambiental o familiar particular que conlleva al individuo a incumplir el contrato social de sana convivencia que rige toda sociedad.

El qué: materiales, métodos y objetivos

El principal propósito del presente documento fue analizar, a la luz del material obtenido, algunos aspectos de la atención de la salud mental de las personas privadas de la libertad en el territorio colombiano, esto como un aspecto determinante de la política pública en materia de salud pública. Este acercamiento se impulsó partiendo de la premisa que son numerosas las problemáticas de salud mental que ahí se encuentran, en sus distintas expresiones, y que constituyen el anticipo de una labor de mayor envergadura que en su momento será divulgada con el fin de realizar los correspondientes debates.

Considerando que el vacío informativo institucional conforma una constante de relevancia en esta problemática, su revisión y análisis resultan determinantes en aras de establecer posibles campos de acción y de intervención.

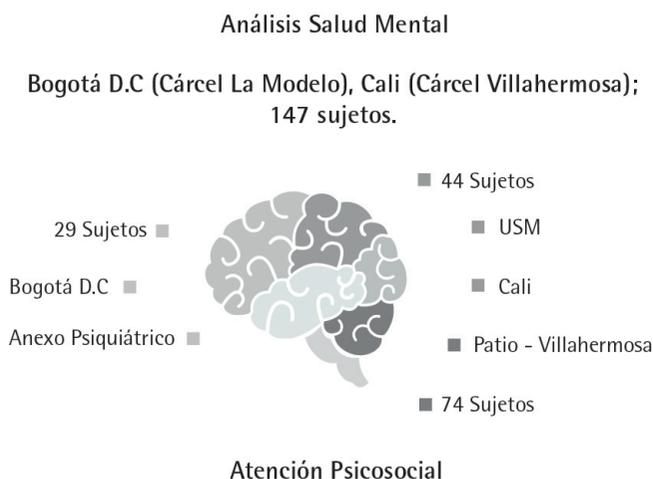
Para alcanzar la meta propuesta, se contó, entre otros, con información oficial proveniente de la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios (USPEC), del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) y de la Fiduprevisora y con información relacionada con las dos unidades de salud mental (USM) existentes hoy día en el sistema carcelario colombiano, y en general con datos sobre los centros de privación de libertad que se encuentran bajo resguardo del INPEC a lo largo del territorio nacional.

Fueron reseñados 147 sujetos de sexo masculino atendidos por psiquiatría, los cuales, si bien no estuvieron obligatoriamente retenidos de manera simultánea, sí estuvieron a lo largo del 2017 (año de referencia) en la

cárcel La Modelo en Bogotá D.C. o en la cárcel Villahermosa en Cali (figura 1).

Se entrevistaron a 35 de los sujetos confinados en las mencionadas USM y a otros 80 internos sindicados o condenados por diferentes delitos y ubicados en los patios de las mismas cárceles referidas y en otras dos ubicadas en los departamentos de Cundinamarca y Valle del Cauca.

Figura 1. Muestra de personas privadas de la libertad abordadas



Fuente. Elaboración propia.

Las entrevistas realizadas fueron semiestructuradas y en ciertos casos se acompañaron de la aplicación del “Cuestionario de evaluación IPDE”. (4) y la “Escala de Evaluación de la Psicopatía de Hare revisada (PCL-R)” (5,6) con el fin de complementar las evaluaciones implementadas en torno a aspectos relacionados con la salud mental.

El Cuestionario de evaluación IPDE es una batería de instrumentos utilizados para identificar rasgos y conductas significativas para la evaluación de los criterios diagnósticos de los trastornos de la personalidad, según las clasificaciones DSM-5 o CIE-10, que sirve para hacer evaluaciones más complejas mediante la entrevista estructurada en función de los criterios diagnósticos.

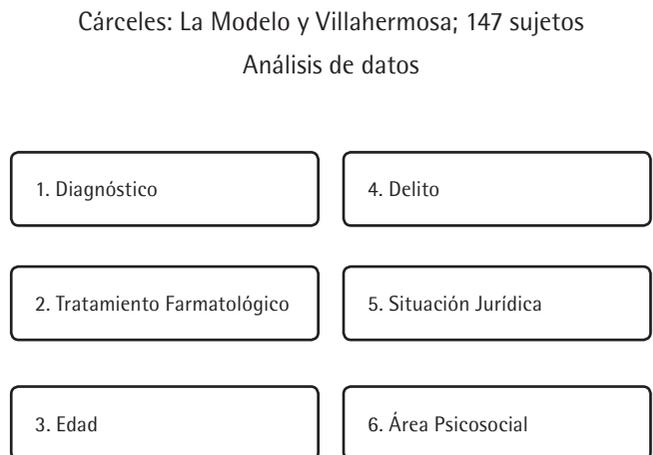
Por su parte, la escala PCL-R es una escala de 20 ítems basada en el juicio clínico, donde cada ítem se puntúa de forma independiente según descripción clínica del manual a partir de entrevista semiestructurada y fuentes

de información colateral; en esta se contemplan principalmente las facetas interpersonal, afectiva, estilo de vida y antisocial y sirve para tomar medidas disciplinarias y concesión de permisos y libertad condicional, así como para establecer probabilidad de reincidencia, predisposición hacia la violencia, valoración de los posibles programas de tratamiento penitenciario, etc. En el presente caso se escogió como un referente de apoyo para establecer la presencia de psicopatía.

El abanico de referentes se complementa con información recogida entre el personal penitenciario por medio de la investigación acción participativa y de grupos focales (3) con 26 funcionarios y profesionales del Ministerio de Salud (directo responsable de la política pública en salud), del Ministerio de Justicia y del Derecho (doliente del diseño de la política criminal), del INPEC (responsable de la seguridad) y de la USPEC (encargado de contratar la prestación de los servicios de salud y el suministro de la alimentación) (figura 2).

Por tratarse de un adelanto de resultados de investigación, tan solo se emplearon algunos de los resultados obtenidos y se expusieron algunas de las conclusiones obtenidas; de esta manera, si bien se responden a determinadas inquietudes, también se plantean nuevas preguntas que podrían ser materia de futuras averiguaciones. El actual estado de atención de la cuestión carcelaria obliga a la elaboración de una línea base de indicadores y de estudios científicos (hoy deficiente) con respecto a aspectos concomitantes al sistema carcelario y a su población objeto.

Figura 2. Algunos aspectos contemplados en el proceso



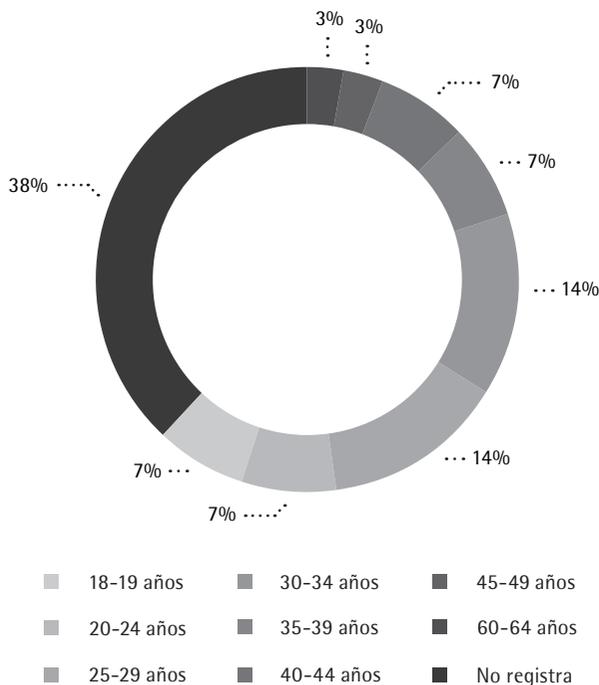
Fuente. Elaboración propia.

Entre las personas privadas de la libertad, la muestra general abordada mantiene un promedio de edad cercano a la media carcelaria (29 años), mientras que en los sujetos considerados “enfermos mentales” por la institución la cifra se eleva acercándose a los 40 años (38.5 años), con similares tendencias observadas en las dos USM (figuras 3, 4 y 5).

Una posible presunción del porqué de esta constatación se relaciona con el mayor tiempo promedio que estos sujetos llevan privados de la libertad, debido a la gravedad de los delitos por los cuales fueron juzgados o por la comisión sucesiva de varias infracciones judicializadas asociadas a su condición de salud. Esto no significa forzosamente que el sujeto “enfermo mental” sea responsable de un delito de mayor gravedad, sino que por su condición tenga más de un ingreso y, por ende, varias condenas sucesivas.

No obstante, por distintos motivos de diferente orden institucional o judicial, una proporción de las personas privadas de la libertad y confinadas en las USM del INPEC con diagnóstico de trastornos mentales no son jurídicamente consideradas inimputables, aunque reúnan las características necesarias para adquirir esa condición.

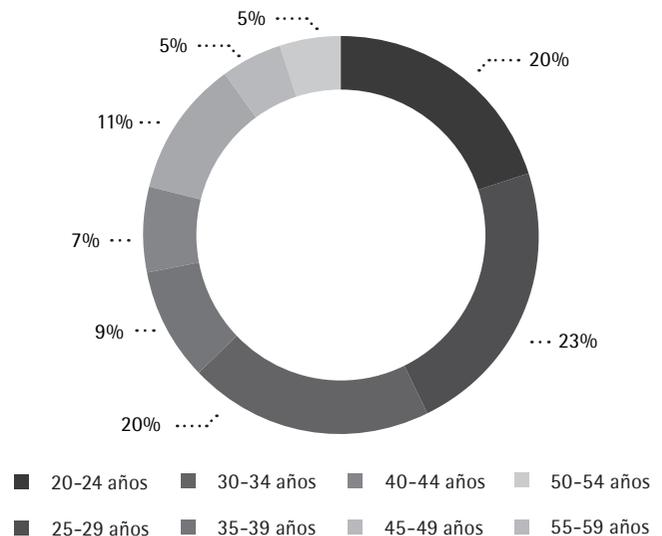
Figura 3. Rangos de edad de los internos diagnosticados, cárcel La Modelo.



Fuente. Elaboración propia.

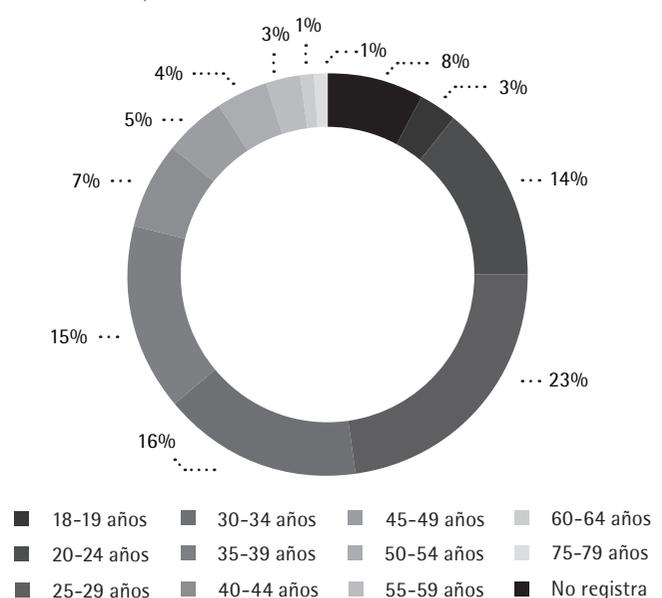
* El ítem *No registra* remite a la falta de datos en los registros del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario o a la imposibilidad de brindar una noticia cierta sobre el interno por no ser oficial. Los traslados tardíos de las respectivas carpetas de los sujetos de un centro penitenciario a otro, tras la remisión del interno, conforman otro motivo de los vacíos informativos.

Figura 4. Rangos de edad de los internos diagnosticados, cárcel Villahermosa.



Fuente. Elaboración propia.

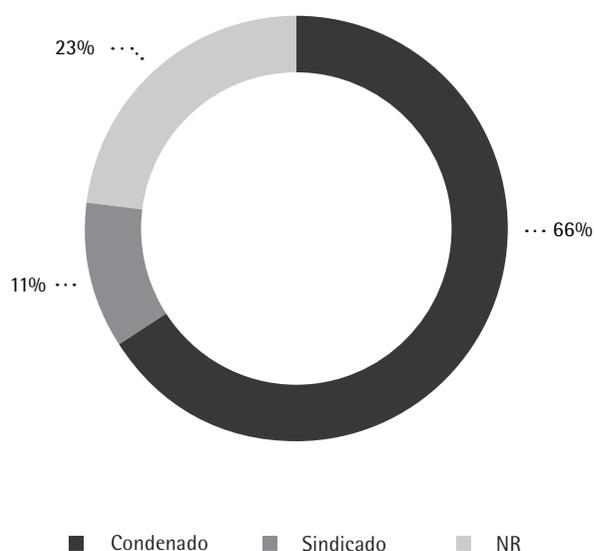
Figura 5. Rangos de edad de los internos diagnosticados, cárceles Villahermosa y La Modelo



Fuente. Elaboración propia.

Por otro lado, es de anotar con respeto a la población carcelaria en estudio que las diferencias que se observan entre las proporciones existentes entre sindicados y condenados se relacionan con el status teórico oficial de cada centro (para condenados y sindicados) (figuras 6 y 7), aunque este a menudo no se respeta por la carencia de cupos en el sistema y los registros incompletos de las respectivas instituciones; así las cosas, el rango de condenados oscila entre 66% y 72% en los distintos sectores de la población considerados, circunstancia a tener en cuenta en el momento del análisis.

Figura 6. Situación jurídica de los internos, Cali

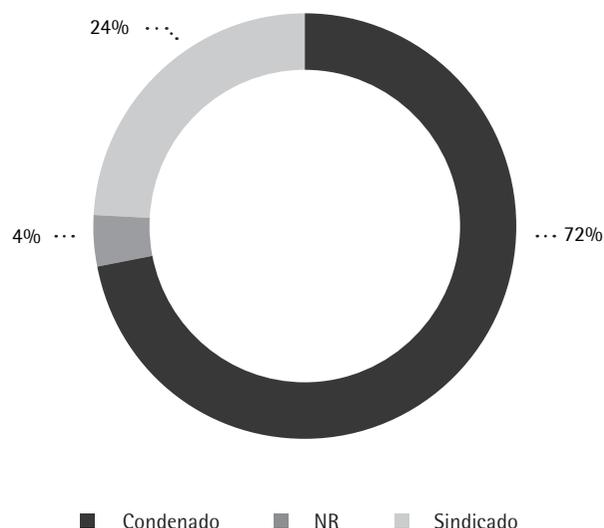


Fuente. Elaboración propia.

El trabajo implementado incorpora una doble connotación sociojurídica y de salud, la cual se cristalizó en el proceso de recolección de la información y en el enfoque que se le dio a la propuesta. Esta se impulsó de manera sistemática en el marco de los aspectos éticos establecidos por la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud (7) y bajo la figura del acompañamiento del Ministerio Público a las personas privadas de la libertad.

En el proceso de sistematización y análisis se eliminaron todos los datos que hicieran posible identificar a cada uno de los sujetos abordados, ello en aras de salvaguardar su identidad y privacidad y generar mayor

Figura 7. Situación jurídica internos, Bogotá D.C.



Fuente. Elaboración propia.

objetividad en el abordaje general. Teniendo el consentimiento informado de los interesados, se hicieron algunas intervenciones ante el INPEC en pro de su bienestar. En ese orden de ideas, las referencias puntuales incorporadas en el texto sobre historias de vida o aspectos específicos son anónimos, los cuales se consideraron determinantes para hacer claridad sobre la realidad del sistema carcelario. Se parte de la base de que no se puede obviar la dureza de ciertos testimonios, por cuanto, además de ilustrar las circunstancias en debate, estos hacen parte integral de la problemática en estudio.

Antecedentes sobre salud, salud mental, consumo de sustancias psicoactivas y cárceles

La Ley 1709 de 2014 (8) establece que deben disponerse de establecimientos de reclusión para inimputables por trastorno mental permanente o transitorio con base patológica y personas con trastorno mental sobreviniente. Esto con el fin de

“alojar y rehabilitar a inimputables por trastorno mental, según decisión del Juez de Conocimiento previo dictamen pericial del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, y aquellas per-

sonas a quienes se les sustituye la pena privativa de la libertad por internamiento en este tipo de establecimientos como consecuencia de un trastorno mental sobreviniente” (8).

De esta cita se deduce que se le debe dar prioridad a aquellos sujetos a quienes se les ha realizado un diagnóstico forense por orden judicial, dejando por fuera un significativo sector de la población necesitada cuya problemática no fue evidenciada en el transcurso de su proceso judicial.

En segunda instancia, la construcción de los centros le correspondería a la USPC, su dirección y coordinación al Ministerio de Salud y Protección Social y su custodia y vigilancia externa al INPEC.

No obstante, hoy día esto solo se encuentra parcialmente reglamentado, motivo por el cual los actores del sistema de salud penitenciaria en el tema de patología mental deben actuar conforme a lo normado por la Ley 65 de 1993 (Ley 599 de 2000; Resolución 5521 y Decreto 2496 de 2012), por cuanto aún no existen estos establecimientos especiales, más allá de las dos USM ya mencionadas (9).

En aras de mejorar los servicios de salud mental, el INPEC y la USPEC están en proceso de elaboración de un manual técnico administrativo para la atención en salud pública de la población privada de la libertad a cargo del INPEC. Dicho manual fue entregado a la Fidupervisora a finales de 2017 para que se contratara atención integral en salud mental desde la perspectiva de la promoción, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las personas privadas de la libertad; no obstante, a la fecha no ha sido posible su vinculación. Por tal motivo, solo se viene contratando el control por psiquiatría y el suministro de medicamentos con las instituciones prestadoras de salud, pese a que la obligación se encuentra consignada en la Ley.

Un aspecto significativo a considerar en la afectación de la salud mental (10) descansa en el consumo de sustancias psicoactivas, pues su atención conforma una necesidad determinante en la población en términos generales, y en particular en el ámbito carcelario —por conformar un factor notoriamente perturbador de la salud mental—, donde su injerencia suele ser de alto nivel.

Aunque los datos disponibles sobre la materia conforman un subregistro, es de anotar que las pocas evaluaciones implementadas sobre la materia manifiestan que el 44,8% de las personas privadas de la libertad

mencionan haber consumido sustancias psicoactivas dentro del centro penitenciario, con una prevalencia del 42,8%; para la cocaína (la cual ocupa el segundo lugar entre las sustancias ilícitas de mayor consumo en cárceles del país después de la marihuana) esta sería del 24,2%. El 5% de los internos iniciaron su consumo durante su condición de privado de libertad, lo cual apunta a que la mayoría (95%) ingresa a la institución con la problemática adquirida (9). De conformidad con lo dispuesto en los artículos 48 y 49 de la Constitución Política de Colombia (11), el Estado debe garantizar el acceso a la seguridad social como derecho irrenunciable y a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

En ese orden de ideas, en teoría se dispone del Plan Obligatorio de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, que cubre la atención en salud derivada del consumo de sustancias psicoactivas; la Ley 1566 de 2012, que dicta “normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas [...]” (12); la Ley 1616 de 2013, que “expide la ley de Salud Mental” (13); el Modelo Integral de Atención en Salud, que mediante la Resolución 429 de 2016 crea las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) (14), y la Resolución 3202 de 2016, la cual adopta el manual metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS, destacándose en ellas la relacionada con trastornos debidos a usos de sustancias psicoactivas y adicciones (15).

La circular externa 000002 de 2018 de la Superintendencia de salud ratifica lo anterior, estableciendo que

...toda persona que presente trastornos derivados del consumo, abuso y adicción a sustancias psicoactivas, trastornos mentales, o los dos trastornos de forma concomitante tipo patología dual, tiene derecho a ser atendida en forma integral por las Entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud y las instituciones públicas o privadas para el tratamiento de dichos trastornos.

El abuso y la adicción de sustancias psicoactivas deberán ser tratados como una enfermedad que requiere atención integral por parte del Estado, en armonía con la normatividad vigente y las Políticas Públicas Nacionales e Internacionales en Salud Mental y para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, adoptadas por el Ministerio de Salud y Protección Social (16).

Sin embargo, en la actualidad los servicios de salud mental ofrecidos a los internos del sistema carcelario

se dirigen casi en su totalidad a aquellas personas con enfermedades mentales, desatendiendo los aspectos de salud mental desde una perspectiva holística. En el marco de los debates que se vienen realizando en esa materia, el Ministerio de Salud, tal como refieren algunos de sus representantes, manifestó la voluntad de la institución de querer abordar directamente el consumo en aras de lograr un mayor impacto, pese a encontrarse desligado de otras variables en el marco de la política.

Tal afirmación preocupa en la medida que históricamente a nivel internacional se ha demostrado que cuando los servicios de esta índole son ofrecidos de forma independiente de las demás atenciones relacionadas con la salud mental de los presos surten pocos o ningún impacto sostenido en el tiempo.

Según manifiestan Álvarez-Correa *et al.* (17), la inversión del Estado colombiano para la intervención, mitigación y prevención del consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito carcelario para el año 2014 fue de 200 millones de pesos para una población privada de la libertad que ronda las 120.000 personas; a la fecha, esta cifra no ha sido incrementada significativamente, conformándose como una clara alarma frente a la problemática.

Antecedentes sobre algunos datos sobre cárceles en Colombia

Entre los aspectos motivo de controversia en las discusiones sobre la política criminal relacionados con las cárceles colombianas, es de resaltar la elevada incidencia de la detención preventiva, la naturaleza de la atención que se les brinda a los sujetos privados de la libertad en los centros carcelarios y la extensión de las penas impuestas a los procesados.

Como refiere un comunicado interno del INPEC de 2018, la figura de la detención preventiva, con 31,92% de los presos en diciembre 2016, 32,05% en diciembre 2017 y 32,61% en marzo 2018, cumple un importante papel cuestionando hasta qué punto la reclusión carcelaria debe conformar uno de los ejes de la lucha contra el crimen.

Se evidencia que la elevada proporción de detenidos bajo esta característica empeora las ya difíciles condiciones de vida de los centros carcelarios (17), sin garantizar obligatoriamente “una mejor administración de justicia”.

Según Álvarez-Correa *et al.* (17), el hacinamiento carcelario alrededor del mundo es en promedio del orden de 23%, con situaciones extremas como las de Filipinas con una tasa de 216% y casos puntuales en el territorio colombiano como el de la cárcel de Riohacha (Guajira) con una tasa de 371%. Es de considerar, adicionalmente, que los centros alojan en sus muros sujetos de características particulares, tales como los 5.080 internos con enfermedades graves como Cáncer, VIH-Sida, etc., que no dejan de complejizar la atención en materia de salud pública en estos establecimientos.

En segunda instancia, la tendencia del legislador colombiano ha sido por muchos años la de incrementar la duración de las sanciones privativas de la libertad, sin preocuparse por las condiciones de confinamiento de los internos, (tabla 1 y figura 8). Ello es determinante en la medida en que el aumento de la pena tiene una relación directa con las dimensiones de la población carcelaria; este fenómeno es evidente en particular del año 2000 a la fecha, período donde se observa un crecimiento promedio de los tiempos de condena de 50% (17).

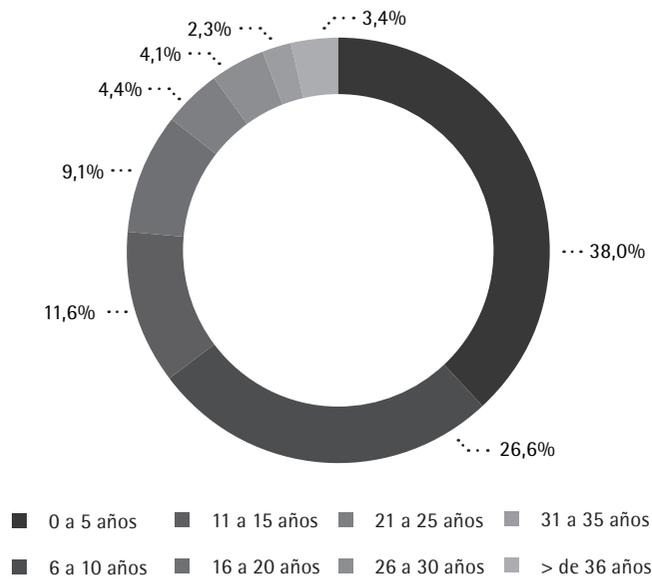
Tabla 1. Evolución del hacinamiento carcelario

Años	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Hacinamiento (%)	24.0	34.8	41.3	41.3	43.8	55.2	53.3	54	54.5	51.2	45 *

* Cifras a marzo de 2018.

Fuente. Elaboración propia con base en datos internos del INPEC 2018.

Figura 8. Porcentaje población privada de la libertad



Fuente. Elaboración propia.

Desde una perspectiva internacional, Colombia se encuentra entre las naciones que mayor tiempo de prisión le impone a sus infractores, lo cual no solo debe hacer reflexionar sobre su razón de ser, sino también sobre su real alcance y sus implicaciones.

Entre los condenados que se han beneficiado de las medidas alternativas a la privación de la libertad como detención y prisión domiciliaria se reporta un nivel de reincidencia oficial de 33.61% (17); en este punto se tiene la hipótesis que su proporción es aún más alta en la práctica, considerando las deficiencias del sistema judicial y la ausencia de un modelo de resocialización que disponga de personal idóneo o suficiente para acompañar el desarrollo de estas sanciones.

Frente a la reincidencia de las personas privadas de la libertad, en términos generales se habla de 17,7%, dato que resulta aún más alejado de la realidad por la falta de registros sistemáticos o de cruce entre bases de datos institucionales, que por demás suelen manejar reportes desarticulados (17,18).

Resultados, discusión y algunos hallazgos

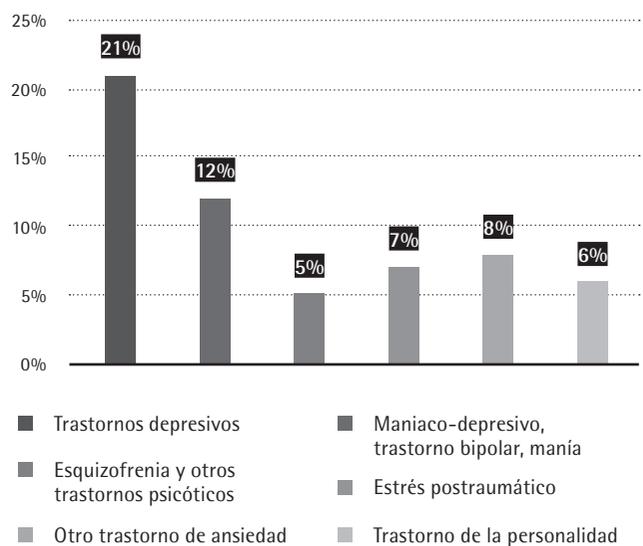
El conocimiento del Estado colombiano sobre la naturaleza de sus presos es limitado, en especial en materia de diagnóstico social y de su salud mental, ya que las evaluaciones que se realizan en estos aspectos al

ingreso del individuo al sistema carcelario son mínimas o no existen más allá de las solicitudes judiciales de diagnóstico que, en su inmensa mayoría, son desarrolladas por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Esta situación se da por su elevado costo y la limitada solvencia económica de la mayoría de las personas penalmente procesadas.

Las demás evaluaciones o los acompañamientos que lleva a cabo la institucionalidad provienen de la observancia de comportamientos particularmente problemáticos para la convivencia en la cárcel o de las correspondientes solicitudes por parte de las familias de los internos. Dicha situación conlleva forzosamente a una desatención de los presos, en particular de aquellos que no sufren de enfermedad mental, pues su sintomatología no es tan evidente ni gravosa a primera vista. Este es un tema que se banaliza, eso es, que se convierte erróneamente por convención en una situación de poca importancia.

Esta situación es preocupante si se considera que la tendencia mundial arroja que cerca del 15% de los hombres y el 33% de las mujeres retenidos en las cárceles padecen una enfermedad mental grave (19,20), a lo que se le suman dificultades transversales muy altas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas (figura 9). Autores como Rosales-Atullo & Medina-Herrera (21) y Arroyo (22) afirman que entre 50% y 70% de los internos son consumidores de sustancias psicoactivas por uso o abuso.

Figura 9. Historia de trastornos mentales entre reclusos estatales y federales en Estados Unidos



Fuente. Elaboración propia por US Department of Justice, Bureau of Statistics 2007; en 18

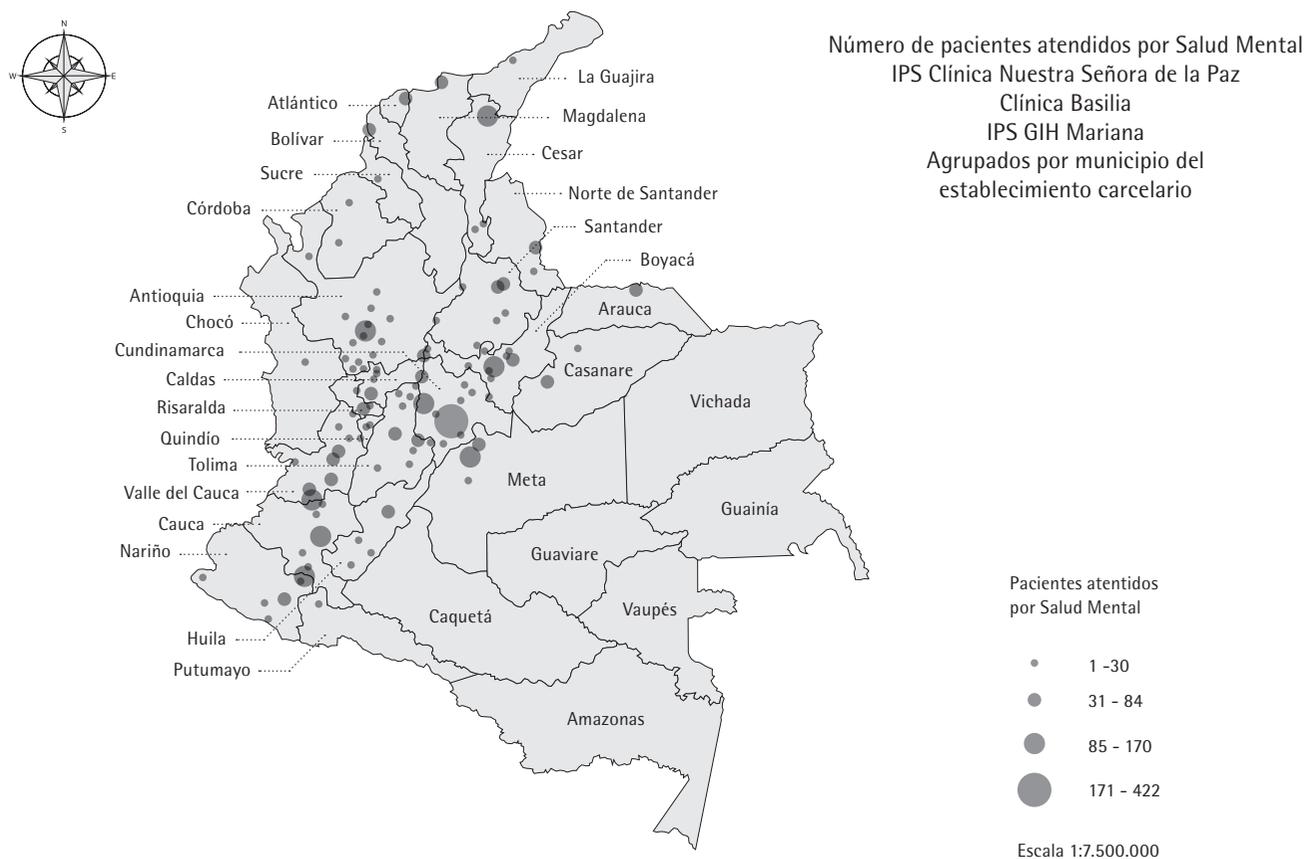
En 2017, en las cárceles colombianas se atendieron 3.468 personas (92% hombres y 8% mujeres) privadas de la libertad con enfermedad mental, bien sea en el ámbito de las USM o directamente en los patios, lo que equivale al 2,93% de la totalidad de la población bajo la responsabilidad del INPEC. Estos sujetos son en su mayoría medicados y reciben su medicina a través del personal médico, siendo común la ausencia del mismo, más aún después de las cinco de la tarde para la entrega de la medicación nocturna.

Según expresa un funcionario de la Dirección de Atención y Tratamiento del INPEC, al haber menos de 30 pacientes identificados en un centro carcelario con esta problemática, “es la guardia quien suministra la medicación, sin ninguna garantía que realmente se la entregue al preso, o que la negocie, o que la venda”. Esta situación hace evidente que el tráfico de medicamentos dentro de las cárceles es una realidad, así como la frecuente búsqueda por parte del interno de obtener una mayor dosis de la que realmente necesita para su propio beneficio (farmacodependiente) o para la reventa. Esto es evidente cuando, por ejemplo, un interno de la cárcel La Modelo asiste a consulta y

comenta: “Si doc., vengo de la penitenciaría de Acacías; allá me daban 16 mg diarios de clonazepam”, cuando en este caso específico se le había recetado 4 mg. En ese orden de ideas, la no obtención de la cuantía deseada puede generar reacciones violentas de alto riesgo que podrían evitarse; así, un guardia de la cárcel La Modelo manifiesta: “Cuando el psiquiatra fue al patio a darle la droga al preso, este lo empezó a golpear feo, hasta que la guardia lo detuvo”. La problemática referida en esta situación remite a que el profesional optó por reducir la dosis, decisión que no fue del agrado del interno.

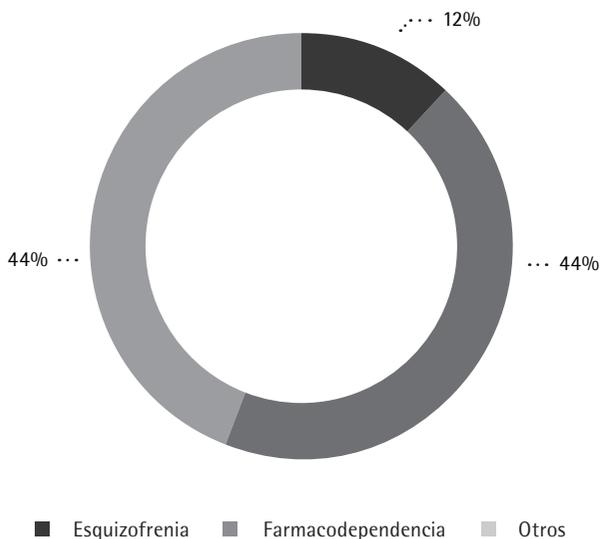
El medicamento en mención es de frecuente uso en el medio carcelario colombiano, con una población de al menos 44% con diagnóstico de farmacodependencia (figuras 10 y 11). En esta situación puntual nacen las inquietudes de cuáles podrían ser las alternativas a esta problemática, si el abordaje brindado es el adecuado ante la doble consideración de “tener que atender al paciente” y sobre “el tipo de medicamento que se podría objetivamente recetar” en el caso de aquellos internos que poseen el doble diagnóstico de drogadicción y patología mental.

Figura 10. Pacientes atendidos en las diferentes clínicas psiquiátricas



Fuente. Elaboración propia.

Figura 11. Internos atendidos por salud mental en el sistema carcelario que arrojan diagnósticos de esquizofrenia y de farmacodependencia



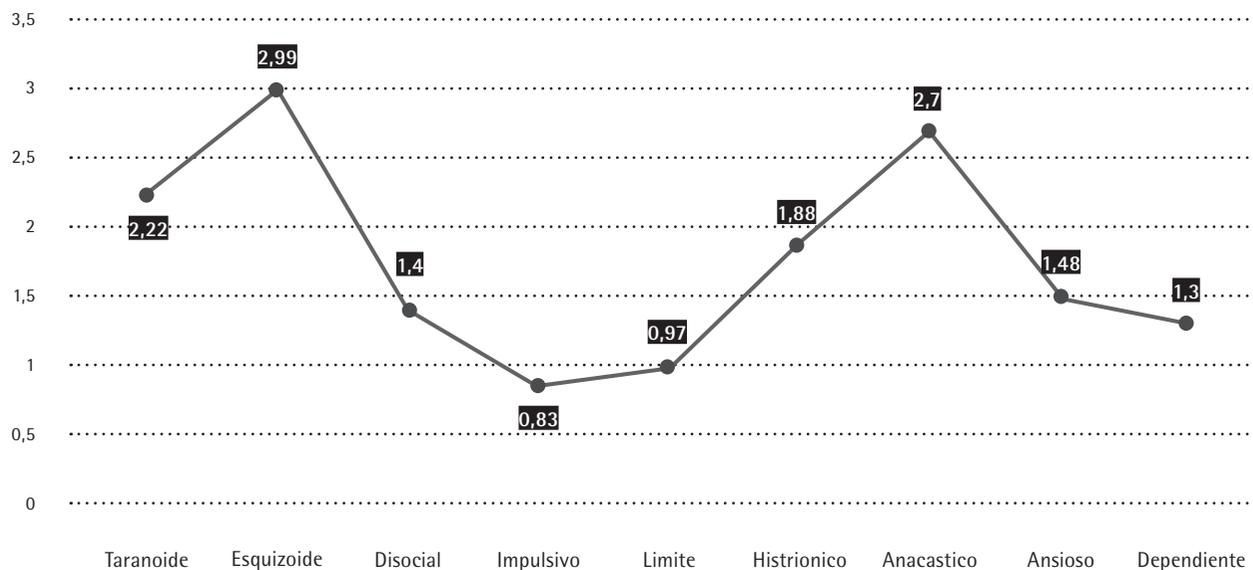
* La categorización de la multiplicidad de diagnósticos reportados bajo el ítem de *otros* no se detalla por la diversidad de expresiones utilizadas en su elaboración y la complejidad que conlleva su sistematización.

Con respecto a la salud mental en cárceles

Fuera del contexto del sistema carcelario, el Instituto de Estudios del Ministerio Público de la Procuraduría General de la Nación, con el apoyo del Ministerio de Justicia y del Derecho, del 2008 a la fecha ha desarrollado evaluaciones con respecto a la población colombiana (figura 12), en términos generales, con el propósito de establecer posibles tendencias en los rasgos de personalidad. Estas arrojaron, como rasgos características dominantes, tendencias paranoide y esquizoide sobresalientes y una preocupación permanente por el orden y el control, como algunos de los factores que afectan la salud mental (17-23).

Fuente. Elaboración propia.

Figura 12. Rasgos y conductas significativas evaluadas por aplicación del cuestionario IPDE en el territorio colombiano

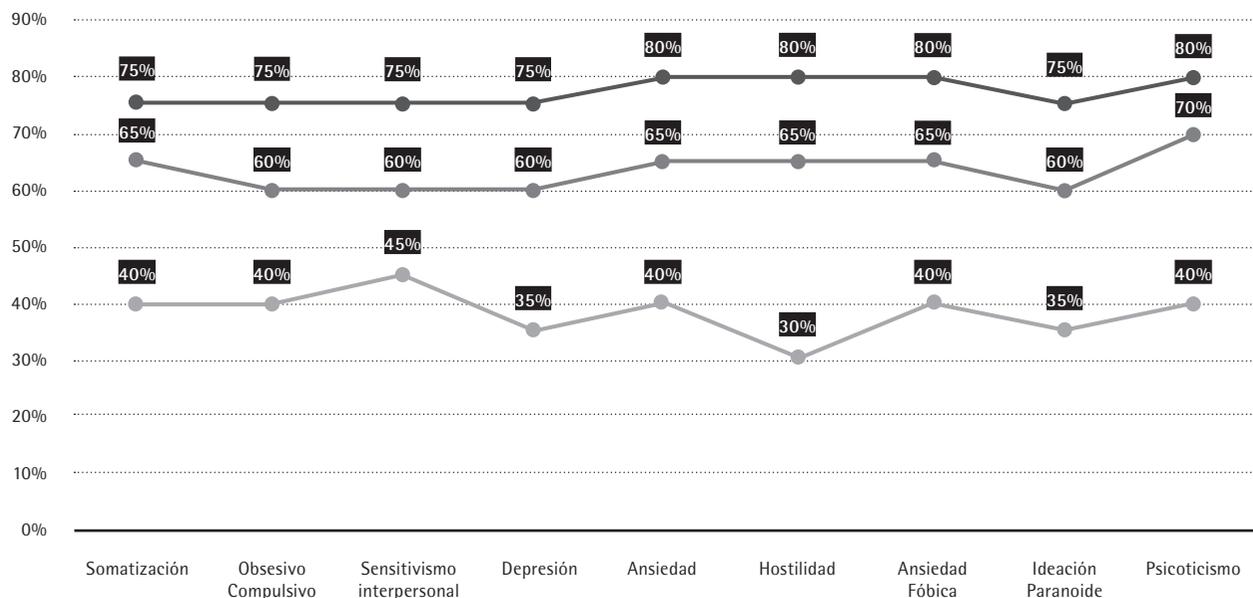


Fuente. Elaboración con base en Álvarez-Correa et al. (23) y Álvarez-Correa (24)

Estos factores conforman, en ciertos contextos, características normales al ser adaptativos a situaciones particularmente difíciles, sin que estos impliquen ser forzosamente idóneos para el logro de una calidad de vida óptima. Lo mismo sucede por ejemplo con

los investigadores del sistema judicial, quienes mostraron, en las respectivas evaluaciones, altos niveles de paranoia y de rasgos obsesivos, los cuales resultan hasta cierto punto coherente con la labor que desempeñan (figura 13).

Figura 13. Medición de rasgos y de posibles patologías en la población colombiana: cuestionario de 90 síntomas (escala de valoración)



Fuente. Elaboración propia.

Al realizar un primer ejercicio de medición en el sistema carcelario, se encontró que los rasgos paranoides y esquizoides se encuentran por encima de la media nacional (3,0 y 3,2 respectivamente), que de por sí resultan elevados. Esto se pudo evidenciar en entrevistas a internos de la cárcel La Modelo, que expresaron: “A donde vaya en el día, me llevo mi morral con mis objetos más valiosos; papeles, documentos, cosas así. Uno nunca sabe qué pueda pasar, tenga uno liebres o no las tenga”, “Doc., estoy en la clínica desde hace cuatro días, estaba mal hacía más de dos semanas, pero la guardia no me creía que estaba enfermo. Me diagnosticaron cáncer del estómago; dios quiera que no sea nada grave, pero por favor no le cuente a nadie en el patio lo que tengo” y “Aquí se anda solo papá; como dice el dicho, ‘amigo ratón del queso’. Hay que estar bien con el Propio, pero de ahí en adelante, nada”.

El rasgo compulsivo-obsesivo puntuó por debajo de la media, al respecto se recogió el siguiente testimonio en un interno de la cárcel Villahermosa:

“la vida en la cárcel es a otro ritmo; si usted no se hace a la idea, se enloquece. Todos los días es lo mismo, el patio, el almuerzo a la 10:30 am, la comida sobre las 3:30 pm, los turnos para las duchas, cuando se puede, con los baños sucios, con o sin jabón, la guardia que a veces son indiferentes y a veces se la montan a uno, las visitas de la familia son cada vez más escasas, la gente se cansa mi llave, y así; y si no tiene la suerte de estar en un taller, se la tiene que pasar todo el día en el patio mirando para el techo días tras día; así que lo mejor que pueda hacer uno es tomarla suave”.

Algunas personas privadas de la libertad en los centros carcelarios del INPEC logran una relativa mayor tranquilidad afrontando de forma proactiva su medio, a lo cual se le suman circunstancias personales, sociofamiliares o jurídicas, ante las cuales raras veces se les brindan soluciones, así lo manifiesta interno de la cárcel La Modelo:

“Siempre he trabajado la madera, es lo que yo hago, y aquí me dieron un cupo en los talleres. Mi trabajo gusta mucho, aunque me pagan muy mal por eso, pero a mí no me importa; lo único que me quita el sueño es mi esposa y mis dos hijos que se quedaron allá en Orito (Putumayo). Nosotros somos muy pobres, y yo era quien solventaba todos los gastos. Yo no hice todo lo que me acusan, pero uno no sabe de leyes ni ha tenido educación; llegué hasta tercero de primaria [...].

Otro de la comunidad me acusó de robar gasolina al viaducto, porque no me quise involucrar con él; cuando lo capturaron acusó varias personas de la comunidad que no tenemos nada que ver con todo eso, y entre estas yo. Él ya era conocido por ser una persona mala. Llevo aquí tres años, mi familia no puede venir hasta aquí a visitarme porque les sale muy caro; son más de treinta horas de bus de ida y otras de vuelta, más el alojamiento, más la comida. Estoy pidiendo la condicional o entonces que me trasladan allá, pero hasta ahora no han querido.”

Este ejercicio frente a sujetos privados de la libertad que no padecen una enfermedad mental evidencia la acentuación de ciertas características personales y de la influencia del entorno de vida. De esta manera, se refuerza la urgente necesidad de implementar mejores condiciones de existencia en las cárceles y de apoyo psicosocial ajustado a los perfiles y a las necesidades de cada sujeto. Por ello, resulta importante que se impulsen procesos de acompañamiento que vayan más allá de lo meramente clínico y de la generación de dinámicas de vida (normas de convivencia) excluidas de maltrato y tráfico de influencias, y con el acompañamiento de las familias.

La separación del sujeto del mundo exterior, combinada con procesos de desfiguración y de contaminación, produce “cambios progresivos en las creencias que el sujeto internado tiene sobre sí mismo y sobre los otros significativos, actuando como una mutilación del yo” (25, p88), los cuales conforman factores influyentes en la salud mental del individuo que raras veces son atendidos. Es claro que la mayoría de quienes están privados de la libertad han infringido las normas de convivencia de la comunidad; no obstante, de ser la pretensión *resocializarlos*, la realidad actual de los centros carcelarios no es la adecuada.

Si bien en teoría la institución penitenciaria “tiene por finalidad actuar sobre la persona que ha sido

condenada a sufrir la pérdida de la libertad, con el fin de que durante su encarcelamiento rehabilite los factores que han incidido en el desarrollo de su conducta delictiva” (26, p399), esto pocas veces se da en la práctica.

Por ello, las condiciones individuales preexistentes de estos sujetos suelen complejizarse al interactuar con un sistema carcelario inadecuado y atropellador de sus derechos, donde las opciones de resocialización proactivas son reducidas.

En la mayoría de los casos, la intervención que se genera “se reduce a [...] valorar la peligrosidad potencial intrainstitucional del interno y clasificar su paso por los distintos grados regimentales; no intervienen asistencialmente sobre aspectos psicológicos [...] individuales de los internos, ni sobre las dinámicas grupales o institucionales” (26, 400).

El INPEC dispone de siete programas para el beneficio de los presos, cuyo principio orientador busca ser la resocialización y la no reincidencia: 1) *Cadena de Vida*, que pretende aumentar el sentido de coherencia con la propia vida; 2) *Responsabilidad Integral con la Vida*, que propone reducir el autoengaño en sujetos que presentan altos niveles de esta patología; 3) *Preparación para la Libertad y Servicio Post-Penitenciario*; 4) *Programa Intervención Penitenciaria en Adaptación Social (PIPAS)*, sobre agresión sexual que se relaciona con el tratamiento de condenados por delitos sexuales; 5) *Educación y Calidad de Vida*, que busca educar para un nuevo estilo de vida colectiva en prisión basada en el respeto; 6) *Inducción al tratamiento penitenciario*, y 7) *Misión carácter*.

Estos programas gozan de un alcance limitado por sus mismas condiciones de desarrollo al no contar con recursos específicos ni personal especializado destinado específicamente a estas labores, tal como lo manifiesta un funcionario del INPEC: “No existe fondos asignados para el desarrollo de estos talleres; el rubro existe pero no los dineros”

Bajo estas condiciones, la institución aborda estas propuestas por medio de practicantes universitarios y del apoyo de algunos funcionarios de la entidad, quienes no tienen exclusividad de tiempo para esta tarea ya que suplen de manera simultánea otras funciones (tabla 2). Tampoco se alimentan indicadores de impacto o gestión que permitan cualificar o intervenir los procesos de apoyo.

Tabla 2. Programas psicosociales con fines de tratamiento penitenciario, cuarto trimestre 2017

Regional		Preparación para la libertad P.L.		Inducción al tratamiento penitenciario		Misión carácter		Cadena de vida		Programa responsabilidad integral con la vida - RIV		Programa de intervención penitenciaria para adaptación social - PIPAS		Educación integral y calidad de vida - PEC	
		Nº ERON	TOTAL	Nº ERON	TOTAL	Nº ERON	TOTAL	Nº ERON	TOTAL	Nº ERON	TOTAL	Nº ERON	TOTAL	Nº ERON	TOTAL
100	Central	35	1433	38	1691	36	3188	30	1643	12	973	8	222	3	853
200	Occidente	21	437	23	894	20	2031	18	577	12	413	5	111	2	27
300	Norte	11	280	10	399	14	539	6	92	5	98	3	90	3	161
400	Oriente	12	234	15	597	14	1412	9	290	7	237	5	129	4	147
500	Noroeste	14	347	13	588	16	816	9	18	7	160	5	121	2	40
600	Viejo caldas	21	472	21	502	21	913	20	482	10	257	6	99	0	0
Total		114	3203	120	4671	121	8899	92	3102	53	2138	32	772	14	1228

Fuente. Comunicación interna del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, 2018.

Se evidencia entonces el poco personal de corte psicosocial para la intervención de los internos y el insuficiente número de talleres ocupacionales y de cupos en estos para la población confinada; así lo expresa un profesional del área psicosocial del INPEC:

“He trabajado los últimos diez años entre dos centros carcelarios, y es muy poco lo que uno aplica de la profesión; o lo tienen a uno encerrado en una oficina, o los tienen en las cárceles cumpliendo labores administrativas, y cuando uno trata de ir más allá, no lo dejan casi nunca, o no hay los medios. Conozco médicos que trabajan en el INPEC todo el día en una oficina, cuando es tanta la necesidad en los centros carcelarios”.

También se presenta, ocasionalmente, el involucramiento emocional de algunos de los practicantes universitarios con los internos que vienen atendiendo, llegando inclusive a contraer matrimonio con ellos. Esta clase de situación refleja, entre otros aspectos, la falta de preparación emocional de los estudiantes, lo inapropiado de la política de emplear para la labor con presos a estudiantes de pregrado y, por ende, la complejidad del trabajo de acompañamiento psicosocial que se viene desarrollando en el medio carcelario.

Al aplicar la Escala de Evaluación de la Psicopatía de Hare PCL-R a los sectores focalizados escogidos de la población carcelaria entrevistada, en el caso de los delincuentes sexuales se confirma que la mayoría tiene un trastorno antisocial de la personalidad, situación que debería ser atendida oportunamente, pero que no lo está. El programa PIPA, diseñado para agresores sexuales carece de apoyos para estar en capacidad de impulsar una respuesta satisfactoria, eficiente, eficaz y medible.

La calificación promedio obtenida en esta oportunidad con respecto a los 30 sujetos condenados por delitos sexuales evaluados arroja un puntaje de 29, el cual entra en la categoría de “alta”, muy por encima de lo comúnmente hallado entre personas privadas de la libertad por la comisión de delitos en contra del patrimonio económico o de la vida.

Los ofensores sexuales seriales que operan bajo la modalidad de asalto —como una subcategoría de agresores sexuales— suelen tener un perfil sociopático; los sujetos con ese perfil aquí abordados, con un número de agresiones que oscilan entre 18 y 55 y un puntaje promedio de 37 sobre 40 que entra en la categoría “muy alta”, conforman individuos que en ausencia de un apoyo profesional tienen todas las posibilidades de reincidir en el delito una vez cumplan su pena:

“Esta es la esencia de la psicopatía: el sujeto no es un psicótico, no tiene alucinaciones o delirios, no se cree Napoleón ni siente que les persigue la KGB; tampoco tiene crisis de ansiedad o conflictos psicológicos que lo hagan un sujeto neurótico; sin embargo, su mundo emocional es limitado. Él como ser humano, es un completo autista.

El psicópata está libre de alucinaciones y delirios que constituyen los síntomas más espectaculares de la esquizofrenia. Su normalidad aparente, su máscara de cordura, lo hacen por ello más difícil de reconocer, y lógicamente más peligrosos” (26, p24).

Son múltiples las manifestaciones de esa naturaleza que confirman las características de estos detenidos, donde la interpretación de la realidad adquiere otros matices. Al respecto, Garrido-Genovés (27) cita tres casos de detenidos con estas características:

“Seamos realista doc, las muchachas que me acusaron de abusarlas, les terminaron siempre gustando lo que les hago, es que lo hago muy bien. Así que, en fin de cuentas, yo ni debería estar aquí” (Agresor sexual serial —22 asaltos— que refiere ausencia de remordimiento o de sentimiento de culpa, insensibilidad afectiva e incapacidad de aceptar las propias responsabilidades).

“Soy un tipo muy valioso, y nadie ha querido ver eso, por todo lo que sé del mundo y de la vida” (Agresor sexual serial —18 asaltos— y homicida con sentido desmesurado de auto-valía)

“Todas las mujeres son prostitutas, bueno la mía no; ella se sabe vestir con manga larga, sin escote, faldas largas, pero las demás sí, así que tienen lo que se merecen” (Agresor sexual serial —31 asaltos— que evidencia insensibilidad afectiva).

Sobre la enfermedad mental en las cárceles

El análisis de la información disponible con relación a los diagnósticos impartidos a los internos con patologías mentales debe realizarse con cautela, por cuanto los registros disponibles son a menudo incompletos o insuficientes, o presentan deficiencias en los registros reportados.

Si bien el abordaje puntual de estos sujetos ha permitido observar enfoques oportunos de los profesionales tratantes, también arrojó diagnósticos contradictorios o enunciados incompletos, lo cual evidencia vacíos en la parte diagnóstica y en los reportes de las historias

clínicas, dificultando el acompañamiento de los pacientes.

Fazel *et al.* (28) refieren ciertos porcentajes a diagnósticos en la población carcelaria: depresión, 35%; la ansiedad, 15%; esquizofrenia, 10%; uso de drogas, 8%, y desórdenes bipolares, 7%. Es de anotar que la incidencia de la esquizofrenia a nivel mundial se estima en 0,4%, sin embargo es la tercera causa de incapacidad en el grupo de 18 a 25 años (tabla 3).

Tabla 3. Diagnóstico clínicos internos de la unidad de salud mental de la cárcel La Modelo

Diagnóstico	Porcentaje
Esquizofrenia paranoide	50
Esquizofrenia residual	17
Retardo mental	10
Trastorno depresivo recurrente	10
Esquizofrenia indiferenciada	7
Trastorno psicótico no especificado	3
Trastorno de estrés postraumático	3
Total	100

Fuente. Elaboración propia.

Las cifras anteriores, correlacionadas con los datos obtenidos en el presente contexto, reflejan en la población con trastorno mental un uso desproporcionado del diagnóstico de esquizofrenia, siendo fácil pensar que no se utilizan nomenclaturas de uso universal y que en muchos de estos casos no hubo seguimiento que corrobora ese diagnóstico.

Asimismo, estos diagnósticos (tabla 4) son considerados como enfermedades mentales serias (esquizofrenia, desorden bipolar, depresión, desórdenes psicóticos, etc.) y constituyen una carga desproporcionada en cuanto a duración del encarcelamiento, ya que, como es sabido, estos pacientes tienden a estar mayor tiempo en prisión, su cuidado es más costoso, desarrollan mayores problemas de conducta y conllevan un riesgo de suicidio alto.

Tabla 4. Diagnósticos clínicos de los internos de la cárcel Villahermosa, 2017.

Diagnósticos	%	Comentario
Trastorno mental y del comportamiento debido al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas	38	Diagnóstico inadecuado y/o impreciso
Trastorno mixto de ansiedad y depresión	9	
Trastorno depresivo	6	
Trastorno mental no especificado debido a lesión y disfunción cerebral y a enfermedad física	6	Diagnóstico inadecuado y/o impreciso
Esquizofrenia paranoide	6	
Trastorno asocial de la personalidad	6	
Trastorno psicótico por sustancias	4	
Trastorno adaptativo y depresivo	4	
Trastorno disocial psicótico	3	Esta categoría no existe
Trastorno psicótico	3	
Cambio perdurable de la personalidad, no específico	1	
Compensado mentalmente	1	Diagnóstico inadecuado y/o impreciso
Compromiso mental	1	¿Qué tipo de compromiso?
Esquizofrenia	1	
Retraso mental	1	Diagnóstico inadecuado y/o impreciso
Trastornos mixtos de ansiedad y depresión	1	
Trastorno afectivo bipolar	1	
Trastorno de la personalidad emocionalmente inestable	1	
Trastorno de la personalidad, no específico	1	
Trastorno delirante	1	Diagnóstico inadecuado y/o impreciso
Trastorno por somatización	1%	

Fuente. Elaboración propia

Dados estos factores, es de gran importancia que tales diagnósticos se utilicen en forma relevante y consistente con cualquier nomenclatura que se escoja, pues conllevan una serie de consideraciones administrativas y clínicas de gran importancia (29).

Las anteriores clasificaciones diagnósticas (tabla 5) están consideradas en las dos nomenclaturas existentes,

pero parecen ser escogidas para expresar las conductas observadas tratando de ajustarlas a un síndrome considerado orgánico o de inicio agudo. No se hacen observaciones sobre muchos de estos diagnósticos que pudiesen haber sido diagnósticos iniciales o de trabajo, o si posteriormente hubo alguna revisión para hacer un diagnóstico definitivo.

Tabla 5. Diagnóstico clínico acumulado de los internos

Diagnósticos	%	Comentarios
Trastorno mental y del comportamiento debido al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas	24	Diagnóstico inadecuado y/o impreciso
Esquizofrenia paranoide	21	
Trastorno mental no especificado debido a lesión y disfunción cerebral y a enfermedad física	5	Diagnóstico inadecuado y/o impreciso
Retraso mental leve con deterioro del comportamiento	5	Diagnóstico inadecuado y/o impreciso
Trastorno asocial de la personalidad	5	
Trastorno mixto de ansiedad y depresión	4	
Esquizofrenia	3	
Esquizofrenia residual	3	
Trastorno afectivo bipolar	3	
Trastorno de la personalidad no específico	3	
Trastorno depresivo	3	¿De qué tipo?
Trastorno psicótico por sustancias	2	
Trastorno disocial psicótico	2	¿Dos trastornos?
Trastorno adaptativo	1	
Cambio perdurable de la personalidad no específico	1	
Compensado mentalmente	1	Diagnóstico inadecuado y/o impreciso
Compromiso mental	1	Diagnóstico inadecuado y/o impreciso
Demencia vascular de comienzo agudo	1	Diagnóstico inadecuado y/o impreciso
Episodio depresivo + retraso mental leve	1	Diagnóstico inadecuado y/o impreciso
Esquizofrenia indiferenciada	1	
NR	1	
Trastorno de estrés postraumático	1	
Trastorno depresivo recurrente	1	
Trastorno psicótico no especificado + retardo mental leve	1	Usar dos diagnósticos
Trastorno mixtos de ansiedad y depresión	1	
Trastorno adaptativo y depresivo	1	Es considerado en trastorno adaptativo
Trastorno delirante	1	Diagnóstico inadecuado y/o impreciso
Trastorno mental orgánico o sintomático no especificado	1	¿Qué se quiere decir?
Trastorno por somatización	1	
Trastorno psicótico	1	

Fuente. Elaboración propia.

Lo anterior parece indicar que no hay un entendimiento claro de la significancia ni del proceso diagnóstico de las enfermedades mentales, ignorando así principios básicos de la práctica clínica; tampoco se sugieren tratamientos basados en evidencia clínica.

En cuanto atañe a la medicación

Respecto a las prácticas de tratamiento de aquellos internos que así la requieran, existe una gran discrepancia entre los agentes farmacológicos que se utilizan: no parecen existir protocolos que se ajusten a hacer prescripciones basadas en evidencia clínica, sino más bien con el intento de sedar al individuo. Existen ejemplos como el uso de clozapina para insomnio y clonazepam en individuos con diagnóstico de uso de sustancias o trastorno de la personalidad, en dosis de mantenimiento y no en fase de desintoxicación, sin existir ninguna diferencia entre los agentes farmacológicos usados y el diagnóstico del individuo.

Así, por ejemplo, se prescribe clonazepam y clozapina a individuos con diagnósticos tan variables como trastorno depresivo, trastorno de la personalidad, esquizofrenia paranoide, trastorno mental y del comportamiento, trastorno de ansiedad, etc. Es de anotar que no parece existir un seguimiento de control respecto a posibles efectos colaterales y que el uso del laboratorio es escaso en monitorear niveles sanguíneos, pruebas de tiroides en pacientes en litio, etc.

Conclusiones, algunas reflexiones finales, y prepropuesta de abordaje

En psiquiatría es necesario hacer una distinción entre los diagnósticos clínicos y los diagnósticos legales. La clasificación DSM-5 advierte los riesgos de confusión de estos dos, por lo que se les llama la atención a los profesionales de los riesgos inherentes en utilizar un diagnóstico clínico destinado a orientar un tratamiento y un diagnóstico legal.

En este no solo se omiten aspectos como comorbilidad, curso de la enfermedad, historia familiar, etc., sino también es claro que el último propósito de la Ley es encontrar la verdad, mas no curar al individuo.

Por lo anterior, resulta de ayuda realizar algunas aclaraciones con referencia a lo que se podría llamar la *psiquiatría correccional*. En el sistema penitenciario resulta importante tener claro estos dos tipos de diagnósticos, considerando el complicado manejo de ciertos

detenidos, quienes pueden padecer de más de un síndrome si se analizan los trastornos de la personalidad, los usos o abusos de sustancias psicoactivas, las historias personales, los traumas físicos y psicológicos, los antecedentes médicos, etc.

Hay que añadir el curso institucional del individuo, pues no solo la evolución de la enfermedad varía considerablemente en el desarrollo de las diferentes áreas de los procesos mentales, sino también la adaptación o la carencia de ella durante el proceso de encarcelamiento; un caso específico es el riesgo suicida que se exacerba durante ciertas fases del proceso.

Otro aspecto particular refiere al género y a la edad del detenido; en este punto se debe tener en cuenta que la edad cronológica no corresponde a la verdadera edad del individuo al considerar los riesgos a los que la mayoría de los detenidos han sido expuestos en el curso de su vida. Por ello, un adulto en el sistema penitenciario se considera miembro de la tercera edad a los 55 años. Esto tiene una importancia particular cuando se consideran las dosis y los tipos de medicamentos a usar, puesto que existen diferencias biológicas en el metabolismo, al igual que las interacciones entre otros medicamentos a los cuales muy probablemente esta población puede estar expuesta.

Antes de establecer un diagnóstico tentativo, el individuo debe pasar por una fase de evaluación, preferiblemente al momento de ingreso, en la cual se utilicen instrumentos, sencillos pero valederos, que puedan ser administrados por personal no necesariamente con experiencia clínica, pero debidamente entrenado para que tengan un entendimiento de la importancia y propósito del test e identifiquen aquellos individuos con alto riesgo.

Una vez establecida la identificación del detenido con trastorno mental, se establecerá el lugar adecuado y el grado de custodia requerido, eso siempre y cuando el sistema carcelario lo permita. El detenido con trastorno mental será asignado a un profesional de la salud para su diagnóstico y seguimiento durante el tiempo de la condena o hasta cuando se considere que no existe la necesidad de continuar el tratamiento.

Es importante que las situaciones de estos individuos se revisen en reuniones multidisciplinarias periódicas, las cuales permitirán formular modificaciones al tratamiento original, pues no todos los casos tendrán que recibir medicación durante todo el tiempo del encarcelamiento; de ser así, habrá cambios necesarios con el transcurrir del tiempo.

Esto, por supuesto, conlleva un alto grado de cooperación y comunicación entre todos los miembros del equipo interdisciplinario, sea personal clínico o de custodia. Si bien el factor primordial en cárceles o prisiones es la seguridad, el manejo adecuado de detenidos con problemas de salud mental constituye una prioridad dada la vulnerabilidad de esta población en cuanto a su manejo y los riesgos que presentan.

Es indudable que la población carcelaria ha continuado en aumento, lo que ha generado un incremento en el hacinamiento. Si se tienen en cuenta los factores sociodemográficos, deben entonces tenerse en consideración factores inherentes a la población carcelaria, entre los cuales son evidentes la pobreza, la falta de educación formal, el abuso de sustancias, la falta de vivienda adecuada; factores de vulnerabilidad como falta de empleo y de recursos, y aspectos de salud mental, cada vez más severos y debilitantes. Entonces, es urgente que estos factores sean identificados con rapidez para poder hacer las distinciones necesarias en diagnosticar y referir aquellos individuos con necesidades especiales.

Este tamizaje se requiere desde el momento en el que el individuo llega a la cárcel o a otro sitio de detención. Los cuestionarios diseñados en otros países hacen énfasis en la necesidad de que sean prácticos, sencillos, de fácil administración, confiables y específicos. Los más aceptados han sido: Brief Jail Mental Health Screen, Correctional Mental Health Screen for Men (CHMS-M) y Correctional Mental Health Screen for Women (CHMS W).

Estos test han sido evaluados en diferentes países europeos, donde se han encontrado de fácil adaptación ya que están diseñados para identificar las necesidades de los detenidos y no necesariamente para hacer un diagnóstico, lo cual requiere una evaluación detallada para decidir un tratamiento. Esto, por supuesto, requiere una preparación profesional que deba ser ejecutada por personal competente y una validación para su uso en el país donde se pretenda utilizar.

El llegar a un diagnóstico no necesariamente implica que el individuo deba ser medicado; es precisamente en este aspecto en el cual el diagnóstico difiere del tamizaje, en donde solo se evalúan necesidades y no un tratamiento.

Respecto a los problemas de salud mental, es evidente que aquellos individuos con enfermedades más severas son identificados con más facilidad; sin embargo, en casos más discretos la apreciación de la enfermedad

requiere una evaluación más detallada y específica, por ejemplo casos de procesos psicóticos asociados con alto grado de desconfianza, problemas afectivos, preocupación con ideas de suicidio, etc.

Este proceso de identificación y evaluación debe empezar con el arresto y continuar con la asignación del sitio de detención. Es muy importante tener presente que la evaluación del riesgo suicida se debe entender como un proceso a largo plazo teniendo en cuenta las diferentes fases por las que el detenido debe cursar en su proceso legal con periodos intermitentes de alto riesgo. Los sitios de detención deben tener disponible personal entrenado y especializado para administrar cuestionarios de evaluación en el manejo de estos problemas, tanto físicos como mentales.

Conflictos de intereses

Ninguno declarado por los autores.

Financiación

Ninguna declarada por los autores.

Agradecimientos

A la Dra. Sandra Cadena, Advanced Practice Enfermería y profesora, por el apoyo en el proceso de corrección del texto.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud mental: un estado de bienestar [Internet]. Nueva York: OMS; 2013 [citado 2013 Dic]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/.
2. Goffman E. Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. Bantam Doubleday Dell Publishing Group; 1970.
3. Huapaya LV. Psychogenesis and somatogenesis of common symptoms. Can Med Assoc J. 1975;112(9):1109-13.
4. Álvaro-Brun E, Vegue-González M. Validez del Cuestionario International Personality Disorder Examination (IPDE) en una muestra de población penitenciaria. Rev. esp sanid. penit. 2008;10(2):35-40.
5. Moltó J, Poy R, Torrubia R. Standardization of the Hare Psychopathy Checklist-Revised in a Spanish prison sample. J Pers Disord. 2000;14(1):84-96.

6. Moltó J, Carmona E, Poy R, Avila C, Torrubia R. Psychopathy Checklist-Revised in Spanish prison populations: Some data on reliability and validity. *Issues in Criminological & Legal Psychology*. 1995;24:109-14.
7. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993 (octubre 4): Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá D.C.; octubre 4 de 1993.
8. Colombia. Congreso de la República. Ley 1709 de 2014 (enero 20): Por medio de la cual se reforman algunos artículos de la Ley 65 de 1993, de la Ley 599 de 2000, de la Ley 55 de 1985 y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C.: Diario Oficial 49039; enero 20 de 2014.
9. Colombia. Congreso de la República. Ley 65 de 1993 (agosto 19): Por la cual se expide el Código Penitenciario y Carcelario. Bogotá D.C.: Diario Oficial 40999; agosto 20 de 1993.
10. Colombia. Ministerio de Justicia del Derecho, Observatorio de Drogas de Colombia y el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población penitenciaria y carcelaria en Colombia. Informe final. Bogotá D.C.: Min-Justicia; 2016.
11. Colombia. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia de 1991. Bogotá, D.C.: Gaceta Constitucional 116; julio 20 de 1991
12. Colombia. Congreso de la República. Ley 1566 De 2012 (julio 31): Por la cual se dictan normas para garantizar la atención integral a personas que consumen sustancias psicoactivas y se crea el premio nacional "entidad comprometida con la prevención del consumo, abuso y adicción a sustancias" psicoactivas. Bogotá D.C.: Diario Oficial 48508; julio 31 de 2012.
13. Colombia. Congreso de la República. Ley 1616 de 2013 (enero 21): Por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C.: Diario Oficial 48680; enero 21 de 2013.
14. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429 de 2016 (febrero 17): Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. Bogotá D.C.: Diario Oficial 49794; febrero 22 de 2016.
15. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3202 de 2016 (julio 25): Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), se adopta un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C.: Diario Oficial 49947; julio 27 de 2016.
16. Colombia. Superintendencia de Salud. Instrucciones respecto a la atención de los problemas y trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas. Bogotá D.C.: Circular externa No. 000002; 2018.
17. Álvarez-Correa M, Romero A, Pulgarín F, Romero M. El valor del delito. Sistema penal acusatorio: ¿Cuántos nos cuesta? Política pública y praxis. Bogotá D.C.: Procuraduría General de la Nación, Instituto de Estudios del Ministerio Público, Ministerio de Justicia y del Derecho; 2017.
18. González F. Los mecanismos sociales y su relación con la distinción micro-macro. *Cinta moebio*. 2016;55:16-28. DOI: 10.4067/S0717-554X2016000100002.
19. Sánchez-Condori LA. El Derecho a la Salud en los Internos del Centro Penitenciario San Pedro San Juan De Lurigancho - 2017 [tesis]. Lima: Facultad de Derecho, Universidad César Vallejo; 2017 [citado 2019 Abr 10]. Disponible en: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/27878>.
20. Serra K. Naciones Unidas, contra el hacinamiento penitenciario y el recurso permanente a las cárceles. *Cañamo: La revista de la cultura del cannabis*. 2016;218:24-9.
21. Rosales-Astudillo EM, Medina-Herrera CA. Recuperación de la vivencia de una mujer respecto de los procesos colectivos al interior de la cárcel de mujeres de Chillán. Una mirada al poder en contexto de reclusión. *Chillán: Facultad de Educación y Humanidades, Universidad del Bío-Bío*; 2016.
22. Arroyo-Cobo JM. Los centros penitenciarios: un lugar y una población especialmente vulnerables. *Monográfico 2015*. 2015;1(6):34-9.
23. Álvarez-Correa M, Valencia OL, Bocanegra DF. El daño Oculto: bienestar, salud mental y política pública en trabajadores del sector justicia. Estudios de casos: la conciliación en equidad, el conflicto armado y los delitos sexuales. Bogotá D.C.: IEMP Ediciones; 2012.
24. Álvarez-Correa M. Laberinto de papel: justicia premial, justicia transicional, salud mental y calidad de vida en operadores del sistema penal acusatorio, peritación psicosocial. Ministerio Público. Bogotá D.C.: IEMP Ediciones; 2010.
25. Álvarez-Correa M, Bocanegra DF. El Tiempo del Ahora. El deber de atender a las víctimas: ¿dónde estamos? Bogotá D.C.: IEMP Ediciones; 2015. 88.
26. Garcia-Bores JM. El impacto carcelario. En: Bergalli R, coordinador. Sistema penal y problemas sociales. Valencia: Tirant lo Blanch; 2003. 395-425.
27. Garrido-Genovés V. El psicópata: un camaleón en la sociedad actual. Madrid: Editorial Algar; 2003. 24.
28. Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R. Mental Health of prisoners: prevalence, adverse outcomes and interventions. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(9):871-81. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)30142-0.
29. Steadman HJ, Osher FC, Robins PC, Case B, Samuels S. Prevalence of serious mental illness among jail inmates. *Psychiatr Serv*. 2009;60(6):761-5. DOI: 10.1176/ps.2009.60.6.761.

Bibliografía

1. Álvarez-Correa M, Moreno C, Parra S, Rodríguez M, Valencia OL. Tejidos de realidad: aspectos procesales, psicosociales y de salud mental del sistema penal acusatorio. Bogotá D.C.: IEMP Ediciones; 2009.
2. Blanco A, Díaz D. Orden social y salud mental: Una aproximación desde el bienestar social. *Clínica y Salud*. 2006;17(1):7-29.
3. Cuesta MJ, Peralta V, Serrano, JF. Nuevas perspectivas en la psicopatología de los trastornos esquizofrénicos. *Anales Sis San Navarra*. 2000;23(Suppl 1):37-50.
4. Echeburúa-Odrizola E, de Coral P. Manual de violencia intrafamiliar. Madrid: Siglo XXI; 1998.
5. Echeburúa-Odrizola E. Personalidades Violentas. Ediciones Pirámide; 1998.
6. Echeburúa-Odrizola E. Evolución Histórica de los Modelos de Conducta Anormal. En: III Congreso de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias: San Sebastián, 1 al 6 de octubre. Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas. Congreso; 1986.
7. Arrivillaga-Quintero M, Collazos-Aldana J, Posada-Villa J, Molina-Bulla CI, Gnzáles-Ortiz JO. Salud Mental: problema y reto de la salud pública. Bogotá D.C.: Cuadernos del Doctorado 9, Universidad Nacional de Colombia; 2009.
8. Keyes C. Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *J Consult Clin Psychol*. 2005;73(3):539-48. DOI: 10.1037/0022-006X.73.3.539.
9. López-rey M. Compendio de criminología y política criminal. Madrid: Tecnos; 1985.
10. Marietan H. Sobre los Conceptos De Salud/Enfermedad - Normalidad/Anormalidad. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. 1991;1(2).
11. Mebarak M, De Castro A, Salamanca MP, Quintero M. Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Psicología desde el Caribe*. 2009;23:83-112.
12. Meyer JM. Converting oral to long-acting injectable antipsychotics: a guide for the perplexed. *CNS Spectr*. 2017;22(S1):14-28. DOI: 10.1017/S1092852917000840.
13. Morselli C, Tremblay P. Délinquance, performance et capital social : une théorie sociologique des carrières criminelles. *Criminologie*. 2004;37(2):89-122.
14. Vera-Poseck B. Manicomios de cine: la representación de las instituciones mentales y sus procedimientos en la gran pantalla. *Rev. Med Cine*. 2007;3(2):57-67.
15. Wilson K & Luciano-Soriano MC. Terapia de aceptación y compromiso (ACT): Un tratamiento conductual orientado a los Valores. Madrid: Ediciones Pirámide; 2002.