



El enfermo mental en el medio penitenciario español

Anabel Cerezo y David Díaz

Instituto Andaluz Interuniversitario de Criminología.

Universidad de Málaga

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo abordar la situación actual del enfermo mental en el medio penitenciario desde dos puntos de vista diferentes. En primer lugar, dedica una especial consideración a las consecuencias jurídico-penales aplicables a los sujetos declarados inimputables en virtud de la concurrencia de un supuesto de anomalía o alteración psíquica prevista en el art. 20.1 CP. En segundo lugar, resalta los problemas que conlleva la aplicación del sistema vicarial a aquellos sujetos declarados semiimputables (art. 21.1.CP). Un estudio exploratorio realizado en el C.P. de Alhaurín de la Torre (Málaga) pone de relieve la situación de los enfermos mentales que cumplen una medida de seguridad de internamiento psiquiátrico en centros penitenciarios ordinarios.

Palabras clave: enfermo mental, centro penitenciario, inimputable, medida de seguridad.

Abstract

This paper aims to address the current situation of the mentally ill in prisons from two different points of view. First, it pays special consideration to the compliance with a safety measure in a penitentiary psychiatric hospital applicable to individuals declared not criminally responsible under the concurrence of an alleged anomaly or psychic alteration provided for in art. 20.1 of the Criminal Code. Second, it highlights the problems involved in the application of vicarial system to those individuals declared almost incompetent (art. 21.1). An exploratory research in a Spanish prison shows the situation of the mentally ill that fulfill their sentences in ordinary prisons.

Keywords: mentally ill, prison, incompetent, security measure

1. Introducción

El ordenamiento jurídico-penal español prevé la medida de internamiento en centro psiquiátrico como medida de seguridad privativa de libertad (art. 96.2 CP, inciso primero). En consonancia, el artículo 101 CP recoge la medida para tratamiento médico o educación especial en un establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración que se aprecie en los casos en los que concurra la eximente prevista en el apartado primero del artículo 20.

Los presupuestos para la aplicación de una medida de seguridad de internamiento en centro psiquiátrico, contenidos en los artículos 95.1 y 101 CP, son tres¹, a saber, que el sujeto haya cometido un hecho previsto como delito, que del hecho y de las circunstancias personales del sujeto pueda deducirse un pronóstico de comportamiento futuro que revele la probabilidad de comisión de nuevos delitos y la apreciación de la eximente completa² o incompleta³, e incluso de la atenuante analógica⁴ –posibilidad permitida por el Tribunal Supremo a través de una jurisprudencia consolidada- de anomalía o alteración psíquica, contempladas respectivamente en los artículos 20.1, 21.1 y 21.7 CP⁵.

De todos los principios fundamentales en la aplicación de las medidas de seguridad, debe recaer el interés en lo que respecta al internamiento en centro psiquiátrico en el *principio de proporcionalidad*. Este principio abandona criterios relacionados con la peligrosidad para centrar su atención en el hecho cometido. Dicho

¹ Las dos primeras no son más que la manifestación de lo dispuesto en el artículo 6.1 CP, esto es, el fundamento de las medidas de seguridad: la peligrosidad criminal exteriorizada en la comisión de un hecho previsto como delito.

² Se apreciará la eximente completa de responsabilidad penal del artículo 20.1 CP en los supuestos en los que la incapacidad de comprender la ilicitud del hecho o de actuar conforme a tal comprensión sea plena, es decir, cuando las capacidades cognitivas y volitivas del enfermo se encuentren totalmente abolidas y, como consecuencia principal, será declarado inimputable y se le aplicará una medida de seguridad, bien privativa de libertad –internamiento en centro psiquiátrico, si fuera necesario-, bien no privativa de libertad (art. 96.3 CP).

³ La eximente incompleta del artículo 21.1, en relación con el 20.1 CP, se aplicará en los casos en los que dicha incapacidad si bien no es plena, produzca una disminución notable. El sujeto será declarado semiimputable y, a través del artículo 68 CP, conllevará la reducción de la pena en uno o dos grados, así como la aplicación de una medida de seguridad.

⁴ En los supuestos en los que la incidencia del trastorno mental en las capacidades cognitivas y volitivas sea leve, el sujeto es imputable de los hechos cometidos y se aplicará lo dispuesto en el artículo 21.7 CP, en relación con el artículo 21.1 y 20.1 del mismo texto legal, lo que conllevará a una atenuación cualificada o simple de la pena (art. 66 CP).

⁵ Para estos dos últimos supuestos se habrá de prestar atención a lo dispuesto en el artículo 99 CP, esto es, la aplicación del sistema vicarial y, por tanto, del abono del tiempo de cumplimiento de la medida de seguridad al de la pena, y la facultad del Juez o Tribunal de suspender el cumplimiento de la pena o de aplicar alguna de las medidas de seguridad no privativas de libertad, en caso de que se pusiera en peligro con ésta los efectos conseguidos por la medida de seguridad.



principio, enunciado en el artículo 6.2 CP, defiende que las medidas de seguridad no pueden resultar ni más gravosas ni de mayor duración que la pena abstractamente aplicable al hecho cometido, ni exceder el límite de lo necesario para prevenir la peligrosidad del autor. Concretamente, en la medida de internamiento en centro psiquiátrico, el artículo 101 CP determina que el internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad si hubiera sido declarado responsable el sujeto, y a tal efecto, el Juez o Tribunal fijará en la sentencia ese límite máximo. Límite máximo que habrá de ser entendido como el máximo de la pena abstracta fijada por el artículo que define el delito (Gómez-Escolar Mazuela, 2007). Por tanto, y como viene siendo habitual en el ámbito de las medidas de seguridad, la regulación en concreto de la proporcionalidad de la medida de internamiento en centro psiquiátrico no es sino una reiteración escueta de la regulación general de la proporcionalidad de las medidas de seguridad, totalmente prescindible al no aportar nada nuevo (Urruela Mora, 2009).

El objetivo principal de este trabajo es abordar la situación actual del enfermo mental en el medio penitenciario desde dos puntos de vista diferentes. En primer lugar, dedica una especial consideración a las consecuencias jurídico-penales aplicables a los sujetos declarados inimputables en virtud de la concurrencia de un supuesto de anomalía o alteración psíquica prevista en el art. 20.1 CP. Para ello será necesario conocer las condiciones de cumplimiento del internamiento en los establecimientos psiquiátricos penitenciarios. En segundo lugar, resalta los problemas que conlleva la aplicación del sistema vicarial a aquellos sujetos declarados semiimputables (art. 21.1.CP).

Para lograr este objetivo, se va a proceder al estudio de los expedientes de los 51 internos que se encontraban entre octubre de 2007 y agosto de 2014 en el centro penitenciario de Alhaurín de la Torre (Málaga, España) cumpliendo íntegra o parcialmente una medida de seguridad de internamiento en este centro penitenciario ordinario. A través del análisis de los expedientes de los casos, en base a distintas características personales, médicas y jurídicas de cada uno – la concurrencia de eximente o atenuante, la patología, la drogodependencia, la tipología delictiva, los antecedentes penales, los antecedentes de ingreso en institución psiquiátrica, la duración de la medida y de la estancia en prisión, la existencia de tratamiento ambulatorio, el traslado a un centro psiquiátrico penitenciario, así como la existencia de medida de alejamiento- se ha realizado un estudio exploratorio con el objetivo de conocer las principales características de los internos con padecimientos mentales, sujetos a medida de seguridad de internamiento en centro psiquiátrico. Dicho estudio ofrece datos relevantes procedentes de un trabajo empírico. No obstante, debido a que la muestra seleccionada no es representativa, no procede extrapolar los resultados obtenidos ni podemos garantizar su validez externa.

2. El internamiento en centro psiquiátrico penitenciario

2.1. Ejecución de la medida de internamiento en centro psiquiátrico penitenciario.

El artículo 7, apartado c) de la Ley orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria prevé la existencia de *establecimientos penitenciarios especiales*. El artículo 11 de la mencionada ley los define como aquéllos en los que prevalece el carácter asistencial, distinguiendo tres tipos: centros hospitalarios, centros psiquiátricos y centros de rehabilitación social.

Por su parte, el artículo 183 del Reglamento Penitenciario 190/1996 aprobado el 9 de febrero, diferencia entre establecimientos y unidades psiquiátricas penitenciarias, definiéndolos como aquellos centros especiales destinados al cumplimiento de las medidas de seguridad privativas de libertad aplicadas por los tribunales correspondientes. El primer grupo de establecimientos psiquiátricos penitenciarios se corresponde con los hospitales psiquiátricos penitenciarios, tal y como se deduce del artículo 10 del mismo Reglamento, que define el establecimiento como entidad arquitectónica, administrativa y funcional con organización propia. Las unidades psiquiátricas penitenciarias, que a día de hoy no se han puesto en funcionamiento, se integrarían en los establecimientos polivalentes. Respecto a la ausencia de estas unidades, los Jueces de Vigilancia Penitenciaria, en el punto 18 de las conclusiones y acuerdos de su XII Reunión, instaron a la Administración penitenciaria a su creación, de modo que se pudiera satisfacer la demanda de atención psiquiátrica especializada en las diferentes áreas territoriales, sobre la base del imperativo contenido en el artículo 3.4 LOGP⁶.

Respecto a los *criterios de localización* de estos establecimientos, el apartado primero del artículo 191 RP establece como criterios determinantes para fijar la ubicación y el diseño de las instalaciones psiquiátricas, factores tales como los criterios terapéuticos, la necesidad de favorecer el esparcimiento y la utilización del ocio por parte de los pacientes internados, así como la disposición del espacio suficiente para el adecuado desarrollo de las actividades terapéuticas y rehabilitadoras. El apartado segundo plantea la *distribución territorial* de las instalaciones psiquiátricas penitenciarias de modo que favorezcan la rehabilitación de los enfermos a través del arraigo en su entorno familiar, mediante los correspondientes acuerdos y convenios con las administraciones sanitarias competentes, por parte de la Administración penitenciaria.

En relación con los *sujetos* que ingresan en los establecimientos o unidades psiquiátricas penitenciarias, el artículo 184 RP los clasifica en tres grupos: a) los detenidos o presos con patología psiquiátrica, cuando la autoridad judicial decida su

⁶ Según el artículo 3.4 LOGP, “La administración penitenciaria velará por la vida, integridad y salud de los internos”.

ingreso para observación, durante el tiempo que requiera la misma y la emisión del informe oportuno; b) las personas a las que se les aplica las circunstancias eximentes de la responsabilidad penal del artículo 20.1 y 21.1 CP, cuando se les haya sido aplicada una medida de seguridad de internamiento en centro psiquiátrico; y c) los penados que, conforme al artículo 60 CP, se les haya impuesto una medida de seguridad de internamiento en centro psiquiátrico por causa de enfermedad mental sobrevenida.

Los *rasgos regimentales* característicos a cumplir por los internos en este tipo de centros se contienen en los artículos 186 a 190 RP. De acuerdo con el artículo 186 RP, en el momento del ingreso, el paciente será atendido por el facultativo de guardia, quien, tras una valoración de los informes del centro de procedencia y del resultado de su reconocimiento, dispondrá lo conveniente respecto al destino y al tratamiento más adecuado para el paciente, hasta que sea reconocido por el psiquiatra. De esta manera, el equipo que atienda al paciente deberá presentar un informe inicial al Juzgado de Vigilancia Penitenciaria correspondiente, en el que se haga constar la propuesta que se formula sobre el diagnóstico y la evolución observada con el tratamiento, el juicio pronóstico que se formula, la necesidad del mantenimiento, el cese o sustitución del internamiento, la separación, el traslado a otro establecimiento o unidad psiquiátrica, el programa de rehabilitación, la aplicación de medidas especiales de ayuda o tratamiento, así como las que hubieran de tenerse en cuenta para el momento de su salida del establecimiento o unidad. Ante dicho informe inicial, el Juzgado de Vigilancia incoará el correspondiente expediente de control de ejecución del internamiento⁷.

Por su parte, el artículo 187 RP, atendiendo a la peculiaridad del internamiento de los enfermos mentales que reclama un control sobre su situación y evolución más riguroso, fija un plazo de revisión corto para el equipo multidisciplinar, que deberá emitir un informe sobre el estado y la evolución de cada uno de los internos cada seis meses al Ministerio Fiscal.

El artículo 188 establece la obligación de que la separación en los distintos departamentos de cada establecimiento o unidad psiquiátrica penitenciaria se haga en atención a las necesidades asistenciales de cada paciente. Ello limita las restricciones a la libertad personal del paciente a aquellas necesarias en función del estado de salud de aquél o del éxito del tratamiento, determina la excepcionalidad del empleo de medios coercitivos – empleo sólo admitido por indicación del facultativo y durante el tiempo mínimo imprescindible previo al efecto farmacológico, respetándose en todo caso la dignidad de la persona y poniéndose en conocimiento de la autoridad judicial

⁷ El artículo 98.1 CP obliga al Juez de Vigilancia Penitenciaria a elevar al menos anualmente una propuesta de mantenimiento, cese, sustitución o suspensión de la medida, valorando los informes emitidos por el equipo multidisciplinar que atienda al paciente, cuando se trata de cualquier medida de internamiento. El apartado tercero del mismo precepto constituye un mandamiento dirigido al tribunal sentenciador para que resuelva motivadamente acerca de la propuesta, una vez oídas las partes y al Ministerio Fiscal.

correspondiente-, y, por último, inhabilita las disposiciones del régimen disciplinario en este tipo de establecimientos o unidades.

El artículo 189 exige la creación, en soporte escrito, de una programación general de actividades rehabilitadoras, así como de programas individuales de rehabilitación, con el fin de incrementar las posibilidades de desinstitucionalización de la población internada y facilitar su vuelta al medio social y familiar, así como su integración en los recursos sociosanitarios externos. Por último, el artículo 190 regula las relaciones con el exterior, determinando que las mismas se fijarán en el marco de un programa individual de rehabilitación, indicando el número de comunicaciones y salidas, la duración de las mismas, las personas con quienes los pacientes pueden comunicar y las condiciones en que se celebren (Fernández Arévalo, 2006).

En tanto en cuanto a la *finalización* de la medida, además del cumplimiento íntegro de la misma, el artículo 97 CP ofrece un abanico de posibilidades al juez o tribunal sentenciador: decretar el cese de cualquier medida de seguridad impuesta en cuanto desaparezca la peligrosidad criminal del sujeto, sustituir una medida de seguridad por otra que estime más adecuada o dejar en suspenso la ejecución de la medida en atención al resultado obtenido con su aplicación.

Otro aspecto a tratar sobre la medida de seguridad de internamiento en centro psiquiátrico es la del *quebrantamiento*, regulado en el artículo 100.1 CP, de tal forma que éste dará lugar a que el Juez o Tribunal ordene el reingreso del sujeto en el mismo centro del que se hubiese evadido o en otro que corresponda a su estado. En el supuesto de que la medida quebrantada no fuese privativa de libertad, el Juez o Tribunal podrá sustituirla por la de internamiento -101.2 CP-. En ambos casos, el inciso tercero del mismo precepto obliga al juez a deducir testimonio de la sentencia e indica claramente que la negativa a someterse a tratamiento médico, aunque se haya consentido en un principio, no constituye el quebrantamiento de la medida.

2.2. Estado actual de los hospitales psiquiátricos penitenciarios en España.

El hospital psiquiátrico penitenciario de Fontcalent en Alicante se abrió en 1984 y se ocupa de la asistencia psiquiátrica penitenciaria de la totalidad del territorio nacional con la excepción de Extremadura, Canarias, Andalucía, Ceuta y Melilla, y Cataluña –que tiene las competencias transferidas en esta materia-, así como de la totalidad de la población penitenciaria femenina de toda España afectada por una enfermedad mental a la que se le haya impuesto una medida de seguridad. Tiene una capacidad de 371 camas (Informe, 2011).

El hospital psiquiátrico penitenciario de Sevilla, cuya fecha de inauguración data de junio de 1990, se encarga de la población penitenciaria masculina de las

Comunidades Autónomas de Andalucía, Extremadura y Canarias, así como la de Ceuta y Melilla. Tiene una capacidad de 158 camas.

Deben destacarse en este apartado las diferencias orgánico-estructurales de los establecimientos psiquiátricos penitenciarios respecto a los centros penitenciarios de cumplimiento ordinario. En este sentido, el artículo 265.4 RP establece que en los hospitales psiquiátricos penitenciarios sólo existirán tres órganos colegiados: el Consejo de Dirección, la Junta Económico-administrativa y los Equipos multidisciplinares necesarios⁸. La alteración en el organigrama estructural de los hospitales psiquiátricos penitenciarios a diferencia de los centros ordinarios viene propiciada por la inexistencia del sistema de clasificación en grados, por lo que al legislador no le pareció adecuado mantener ni a las Juntas de tratamiento, ni a las Comisiones disciplinarias. Esto último debido a la prohibición expresa del régimen disciplinario en estos establecimientos (art. 188.4 RP)

Para paliar las disfunciones previsibles ante la ausencia del órgano tratamental por excelencia en las prisiones ordinarias, la Dirección General de Instituciones Penitenciarias publicó la circular 7/1996, de 12 de junio, a través de la cual, en su apartado décimo asignó las funciones de la Junta de tratamiento al Consejo de Dirección. Esto no se trata de una cuestión baladí, debido a la gran diferencia que separa ambos órganos, tanto en funciones⁹, como en composición y en su propia naturaleza – puramente tratamental en el primero y regimental en el segundo- (Barrio Flores, 2007). Todo esto supone la apuesta por un modelo burocrático-penitenciario en lugar del modelo tratamental de los centros ordinarios, puesta de manifiesto en que las decisiones acerca de los temas relacionados con el tratamiento penitenciario en los hospitales psiquiátricos penitenciarios son tomadas en el seno de un órgano formado por el Director, el Subdirector de régimen, el Subdirector de tratamiento, el Subdirector médico o Jefe de los servicios médicos, el Subdirector de personal, el Administrador y el Subdirector de los Centros de Inserción Social¹⁰.

⁸ El apartado primero del artículo 265 RP organiza los centros penitenciarios ordinarios en torno a cinco órganos colegiados: el consejo de dirección, la junta económico-administrativa, la comisión disciplinaria y la junta de tratamiento, que, tal y como recoge el precepto, tendrá a su disposición como unidades de estudio, propuesta y ejecución, al equipo o equipos técnicos necesarios.

⁹ Frente a las funciones de la Junta de tratamiento, las del Consejo de dirección se dirigen al impulso y la supervisión de las actuaciones del resto de órganos del centro penitenciario, y se enmarcan en el artículo 271 RP.

¹⁰ Ello dista con el fin asistencial de los centros especiales del artículo 11 LOGP, que se correspondería en mayor medida si dichas decisiones las tomaran en consideración los profesionales que integran la Junta de tratamiento –director del centro penitenciario, subdirector de tratamiento o subdirector jefe de equipo de tratamiento en los Centros de inserción social independientes, subdirector médico o jefe de los servicios médicos, los técnicos de Instituciones Penitenciarias que hayan intervenido, en su caso, en las propuestas sobre las que se delibera, un trabajador social que haya intervenido en las propuestas sobre las que se delibera, un educador o coordinador del Centro de inserción social que haya intervenido en las

Algo similar sucede con la diferencia entre el Equipo Técnico de los centros penitenciarios ordinarios y los Equipos Multidisciplinares de los hospitales psiquiátricos penitenciarios. El artículo 185.2 RP prevé que para garantizar un adecuado nivel de asistencia, los establecimientos o unidades psiquiátricas penitenciarias dispongan, al menos, de un Equipo Multidisciplinar, integrado por psiquiatras, psicólogos, médicos generales, enfermeros y trabajadores sociales. Entiende que son las personas necesarias para prestar la asistencia especializada que precisan los pacientes internados, así como con los profesionales y el personal auxiliar necesario para la ejecución de los programas de rehabilitación. La problemática respecto a la regulación de este órgano gira en torno a dos elementos: su composición –ya que prescinde total e incomprensiblemente de la figura del jurista y la del educador- y la distorsión de sus funciones, debida a la circular 7/1996 de Instituciones Penitenciarias que convierte las funciones de este órgano – artículos 186 y 187 RP, ya mencionados anteriormente- en meros informes antecedentes de las resoluciones que adopta el Consejo de Dirección (Fernández Arévalo, 2006). Lo que en puridad se resume en la eliminación de las figuras garantistas para el tratamiento de los internos en hospitales psiquiátricos penitenciarios, debido a que las propuestas terapéuticas de los equipos multidisciplinares deben pasar por el filtro de un órgano puramente regimental. Todo ello se ve igualmente agravado por la ausencia del jurista, persona encargada de informar a los internos acerca de su situación penal, procesal y penitenciaria, bien por propia iniciativa, bien por petición del interno –entre otras- y por la del educador. La labor del educador consiste en la observación directa del comportamiento de los internos, la colaboración con los especialistas del equipo, la organización de actividades deportivas y recreativas y la constitución de una capeta de información personal sobre cada uno de los internos del grupo que tenga atribuido, debiendo conocerlos lo mejor posible y mantener con ellos una buena relación personal, ayudarlos en sus problemas y dificultades durante su vida en reclusión, intercediendo, presentando e informando ante la dirección del establecimiento sus solicitudes o pretensiones.

Por otro lado, como manifestación de lo dispuesto en el artículo 190 RP, hay que destacar el *programa de salidas terapéuticas* promovido por el hospital psiquiátrico penitenciario de Alicante –y que actualmente también se aplica en el de Sevilla- que desde el 17 de junio de 1985 lleva apostando por un programa de intervención psicosocial de entrenamiento en habilidades sociales, mediante la ejecución de salidas terapéuticas al exterior del centro de forma periódica y programada, a través del cumplimiento de dos objetivos claves: dentro del ámbito social, el desarrollo de los

propuestas sobre las que se delibere y un jefe de servicios, preferentemente que haya intervenido en las propuestas-. Más aún si se tiene en cuenta lo determinado en el artículo 272.4 RP, esto es, que, con carácter general, los acuerdos de la junta de tratamiento se adoptan sobre las propuestas elevadas por los equipos técnicos para la adopción de las medidas necesarias para ejecutar los programas de tratamiento o los programas individualizados de ejecución, y se ejecutarán por los propios equipos técnicos.

internos en situaciones sociales alternativas, su adaptación a situaciones ambientales diversas y la generalización de hábitos sociales y, dentro del ámbito institucional, la mejora de las expectativas de los internos hacia la institución (López López, 2006). Este programa contempla cinco modalidades diferentes de salidas: salidas terapéuticas con personal del hospital, salidas terapéuticas con familia, salidas terapéuticas con personal extrapenitenciario, salidas terapéuticas sin acompañamiento y permisos de salida. De todas ellas, la última resulta de especial interés debido a que su duración puede exceder de un mes, dependiendo de las circunstancias individuales del paciente, y se disfrutan en el propio domicilio o en casa de acogida ofertadas por la capellanía penitenciaria.

3. Enfermos mentales en centros penitenciarios ordinarios

3.1. Prevalencia

La alta prevalencia de los enfermos mentales en los centros penitenciarios ordinarios es un problema que se viene constatando desde hace muchos años. Hace ya casi dos décadas, el Defensor del Pueblo andaluz trasladó un informe a las Cortes que, bajo la rúbrica de “*La situación de los enfermos mentales internados en Centros Penitenciarios andaluces*”, mostraba a través de un análisis extenso y minucioso, la situación de este tipo de internos y llamaba la atención acerca de la profunda desprotección y desamparo legal de dichas personas.

El estudio se centraba en los enfermos mentales crónicos internos en las diferentes prisiones andaluzas, excluyendo de su trabajo a los enfermos mentales ocasionales. En 1998, la cifra de enfermos mentales crónicos en las prisiones de Andalucía alcanzaba los 370 sujetos, lo que suponía que el 2% de los internos que ingresaban en aquella época en prisión padecían una enfermedad mental crónica y, en última instancia, que el 4,35% de los presos andaluces eran, en aquellos momentos, enfermos crónicos.

Respecto a las características de la muestra, el Defensor del Pueblo andaluz indicaba que se trataba de un núcleo de enfermos crónicos jóvenes, localizándose algunos casos significativos en personas mayores de 60 años. Por otro lado, las características sociales de este grupo de personas giraba en torno a cuatro consideraciones: se trataba de personas con un nivel cultural muy bajo, casi analfabeto; con un nivel económico muy bajo; cuya formación profesional era mínima; y en los que predominaban los supuestos en los que, además, concurría la ausencia de un apoyo familiar concreto (Defensor del Pueblo andaluz, 1998), lo que, en definitiva, se puede resumir en un conjunto de individuos plenamente marginados o, como mínimo, en peligro de exclusión social, cuya enfermedad mental se suma al estigma de ser delinquentes. A toda esta situación se le suma la ausencia en aquel momento de cualquier tipo de mecanismo de reinserción social postpenitenciaria.

En el ámbito del tratamiento médico en prisión, el Defensor del Pueblo andaluz destacaba ya en 1998 la falta de profesionales en prisión especializados en psiquiatría;

y, en el ámbito del tratamiento social del enfermo mental en prisión, indicaba que la atención social prestada a estas personas se basaba fundamentalmente en los contactos familiares. Sin embargo, con frecuencia esta relación familiar estaba dañada o quebrada para los enfermos mentales. De la misma manera, señalaba la ausencia de clasificación en tercer grado y la no concesión de permisos de salida.

El Defensor del Pueblo andaluz concluye este informe con la elaboración de ocho recomendaciones: la adopción de las medidas preventivas de orden social y sanitario para atender a los enfermos mentales crónicos sin apoyo familiar; la adopción de medidas concretas y eficaces para la dotación de los medios socio-sanitarios necesarios para la asistencia de los enfermos mentales crónicos que carecen de apoyo familiar o éste se muestre irrelevante; el establecimiento de programas específicos de coordinación para que los enfermos mentales que permanecen en prisión puedan recibir una asistencia psiquiátrica adecuada; la promoción de los recursos asistenciales necesarios para garantizar la función rehabilitadora de los enfermos mentales crónicos; la creación de una Institución tutelar pública, encargada del ejercicio de la tutela o curatela de los mayores de edad incapacitados legalmente; el desarrollo de acciones sociales y sanitarias concretas para dar acogida a los enfermos mentales crónicos que abandonan los centros penitenciarios carentes de apoyo familiar; la necesidad de que se desarrollen medidas de reinserción social y laboral de los enfermos mentales crónicos infractores, en la medida de lo posible y el establecimiento de programas de tratamientos específicos de rehabilitación y reinserción social de los enfermos mentales crónicos internados en los centros penitenciarios.

En el año 2007, la propia Subdirección General de Sanidad Penitenciaria, se hace eco de este problema y publica un estudio al que denomina "*Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario*". En el mismo se recoge un estudio descriptivo transversal, con datos obtenidos a partir de la historia clínica de una muestra de 970 internos de 64 centros penitenciarios ordinarios de todo el territorio nacional (Subdirección General de Sanidad penitenciaria, 2007).

El estudio concluye que una de cada cuatro personas ingresada en los centros penitenciarios españoles presenta una patología psiquiátrica, y si se incluye además la drogodependencia, la tasa aumenta a una de cada dos. Señala también el estudio que entre los internos hay una probabilidad de 2 a 4 veces mayor de padecer un trastorno psicótico y una depresión mayor que la población en general, probabilidad que se eleva hasta 10 veces más cuando se trata de un trastorno antisocial de la personalidad.

En el año 2011, se publicó el "*Informe de Prevalencia de Trastornos Mentales en Centros Penitenciarios Españoles (Estudio PRECA)*". Se trata de un estudio epidemiológico descriptivo transversal que pretende obtener datos fiables sobre trastornos mentales en la población reclusa en general, valiéndose para ello de una muestra de 707 internos de cinco centros penitenciarios distribuidos a los largo de tres Comunidades autónomas –Cataluña, Madrid y Aragón- (Grupo Preca, 2011).

El estudio concluye que la prevalencia de la patología psiquiátrica entre los reclusos españoles es superior a la de la población general. De esta manera, en una

muestra de población general española se estimó que la prevalencia de trastorno mental en varones en el año 2006 fue del 15,7%, mientras que en la población reclusa es alrededor de cinco veces más alta. Del mismo modo, señala la relevancia de la drogodependencia en el desarrollo de las enfermedades mentales, al observar que un 76% de los reclusos presentaba una historia de trastorno por consumo de sustancias –principalmente alcohol y cocaína- e, igualmente, la mayor parte de los presos con trastornos afectivos, de ansiedad o psicóticos tienen también una historia de consumo de drogas. De hecho, si se excluye la drogodependencia, se consigue una disminución importante en las tasas de enfermedad mental de los reclusos. Muy relacionando con esto, el estudio también indica que ocho de cada diez reclusos han sufrido a lo largo de su vida un trastorno mental –incluyendo el consumo de drogas-, y que cuatro de cada diez presentaban un trastorno mental en el año en que se llevó a cabo el estudio.

Dos son las herramientas a través de las cuales Instituciones Penitenciarias ha pretendido mejorar la situación de los enfermos mentales imputables en los centros penitenciarios ordinarios. En parte, estas mejoras recogen las recomendaciones que el Defensor del pueblo andaluz propuso para su territorio. Sin embargo, para que algunas de las mencionadas mejoras se llevarasen a cabo fue necesario que transcurriera un periodo amplio de tiempo. Estas dos herramientas son el Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios (PAIEM) y al Programa Puente de Mediación Social en Enfermedad Mental para los Centros de Inserción Social.

El PAIEM pretende dar respuesta a las necesidades en materia de salud mental de la población interna en centros penitenciarios. Su versión actual es del año 2013 (PAIEM renovado. 2013), pero es la anterior del 2009 (PAIEM, 2009) la que fija las bases del Protocolo que se introdujo tras la aplicación del Programa Marco.

El PAIEM fija, con carácter general, tres objetivos de intervención: detectar, diagnosticar y tratar a todos los internos que sufran algún tipo de trastorno mental, mejorar la calidad de vida de los enfermos mentales, aumentando su autonomía personal y su adaptación al entorno y optimizar la reincorporación social y la derivación adecuada a un recurso sociosanitario comunitario. Para la consecución de estos objetivos es necesaria la elaboración de un Programa Individualizado de Rehabilitación (PIR) por el Equipo Multidisciplinar de Salud Mental, formado por el personal sanitario, psicólogo, educador y trabajador social –y siempre que sea posible, por los profesionales de Asociaciones u ONGs, el jurista, el maestro, el monitor deportivo y el ocupacional y un funcionario de vigilancia del módulo-, quien además ostentará las funciones de conocer la realidad de la patología mental de los internos incluidos en el PAIEM y será el responsable de intervenir desde el momento de la detección del enfermo, hasta su salida del centro penitenciario.

Al enfermo se le asignará un interno auxiliar de apoyo en salud mental y un tutor. El primero ayudará al enfermo en todas aquellas tareas que determine el Equipo multidisciplinar y que le ayuden en el proceso de integración; mientras que el segundo es la piedra angular del PAIEM. Efectivamente, el tutor será el encargado de establecer

una relación directa, cercana y estable con el interno, para incrementar su autoestima y su seguridad, transformándose en la persona de referencia del enfermo, atendiéndole y realizando un seguimiento más cercano de su enfermedad. La personas encargada de esta labor serán uno de los componentes del Equipo Multidisciplinar, cada uno de los cuales deberá tutorizar a uno o a varios internos. En último lugar, el Protocolo del PAIEM contempla la elaboración de un Plan de Reincorporación Social cuyos objetivos son asegurar el traslado progresivo a los recursos comunitarios (Sanz et al., 2014).

Por su parte, el Programa Puente de Mediación Social, cuya última versión es del año 2014 (Programa Puente de Mediación social, 2014), está pensando como un complemento del PAIEM, centrado en asegurar la continuidad del tratamiento asistencial del enfermo mental al que se le ha concedido el tercer grado o la libertad condicional. De este modo, va encaminado a consolidar un equipo multidisciplinar que trabaje desde los Centros de Inserción Social, denominado Unidad Puente, cuyo objetivo principal es coordinar a las diferentes administraciones implicadas para que el enfermo mental, sobre el que ha recaído algún tipo de responsabilidad judicial, tenga disponibles todos los recursos a los que tiene derecho para continuar su recuperación fuera de la institución penitenciaria.

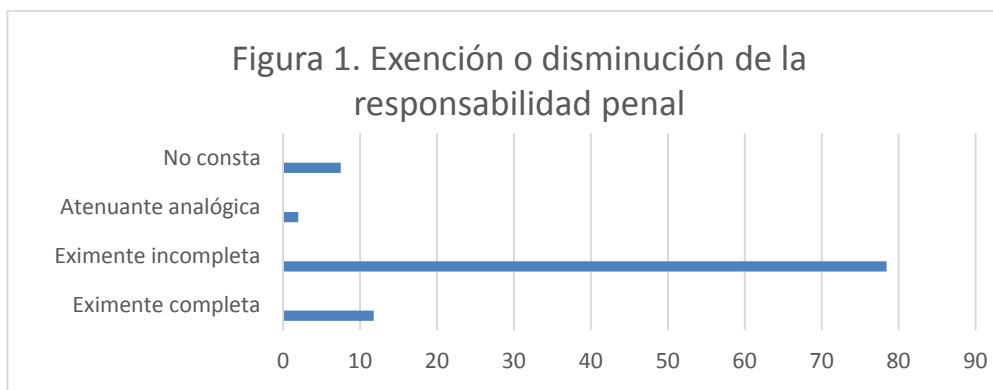
En todas las fases del Programa Puente se contemplan analogías y diferencias respecto al PAIEM, pero con carácter general destaca entre las diferencias el mayor empleo de las ONGs y del personal extrapenitenciario para lograr con mayor efectividad la reincorporación social del interno en el Programa Puente. Las similitudes se producen respecto a los criterios de inclusión, la asignación de un tutor o persona de referencia y la posibilidad de abandono voluntario del Programa.

El personal que deberá componer la Unidad Puente será, en todo caso, el personal sanitario, el psicólogo, el jurista, el educador o coordinador del Centro de Inserción Social, el trabajador social, y los profesionales del tercer sector –pudiendo componerlo, además, un director de programas, un maestro, un monitor deportivo u ocupacional, los funcionarios de vigilancia de cada unidad y cualquier otro tipo de profesional-.

3.2. Resultados de un estudio exploratorio.

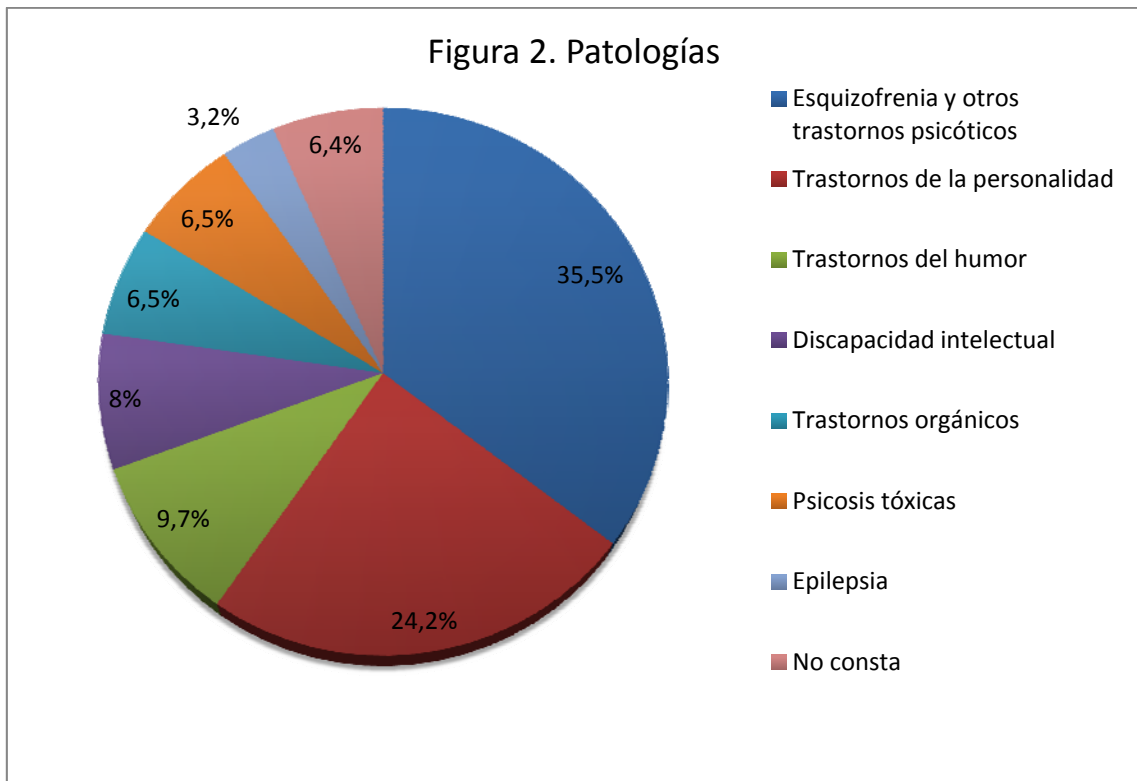
En este apartado nos vamos a detener a analizar la situación de aquellas personas, declaradas exentas total o parcialmente de su responsabilidad criminal, que se hallan cumpliendo una medida de seguridad de internamiento psiquiátrico en prisiones ordinarias (Higuera Guimera, 2006). En concreto, en el año 2014 (Anuario Estadístico del Ministerio del Interior, 2014) había en España, sin contar la Comunidad autónoma de Cataluña, un total de 529 personas reclusas cumpliendo una medida de seguridad de internamiento psiquiátrico. Si a esa cifra le restamos las 397 personas internadas en los hospitales psiquiátricos penitenciarios de Sevilla y de Alicante, se obtiene un total de 132 internos que se encuentran cumpliendo una medida de seguridad en un centro penitenciario ordinario.

La muestra del estudio la conforma los expedientes de los 51 internos que se encontraban entre octubre de 2007 y agosto de 2014 en el centro penitenciario de Alhaurín de la Torre (Málaga, España) cumpliendo íntegra o parcialmente una medida de seguridad de internamiento en este centro penitenciario ordinario. La datos obtenidos muestran que la inmensa mayoría de los enfermos mentales en prisión, un 78,4%, habían sido declarados semiimputables en el proceso judicial. Un 11,8% de la muestra habían sido declarados inimputables. Solamente se aplicó en un caso la atenuante analógica y en cuatro supuestos no consta el tipo de disminución o exención de la responsabilidad criminal (Figura 1).



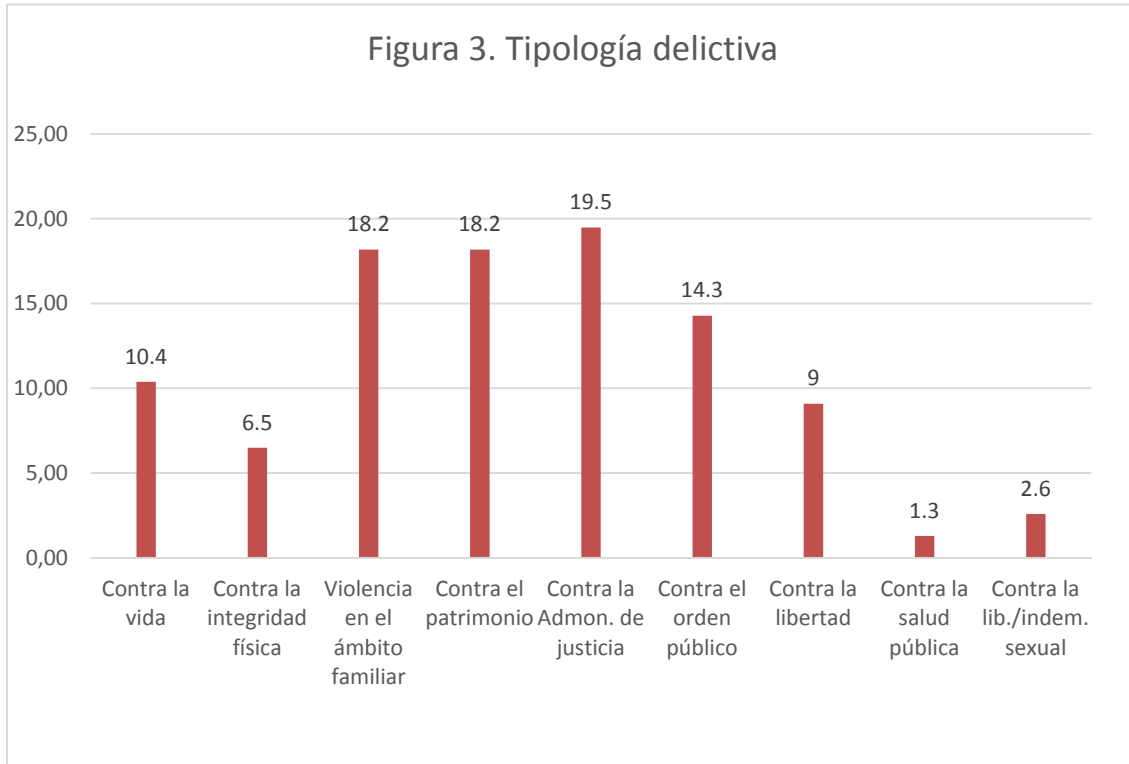
Las patologías¹¹ que primaron en la muestra son, en primer lugar, los afectados por el espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (el 35,5%) – CIE 10, DSM V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) - es decir, la esquizofrenia (25,8%), el trastorno esquizotípico de la personalidad (3,2%), el trastorno de ideas delirantes (3,2%), el trastorno psicótico (3,2%) y el trastorno esquizoafectivo (1,6%). En segundo lugar se encuentran los trastornos de la personalidad (24,2%), seguidos por los trastornos del humor (9,7%), primando entre ellos mayoritariamente el trastorno bipolar (83,3%). En tercer lugar, la discapacidad intelectual o retraso mental (8%). En cuarto lugar, los trastornos orgánicos y las psicosis tóxicas (6,5%) respectivamente. Y, por último, la epilepsia (3,2%). En el 6,5% restante se carece de información respecto a la enfermedad mental a la que se enfrentan.

¹¹ La suma de cada una no va a resultar en el 100%, debido a que más de un sujeto presenta más de un trastorno mental, de hecho, el total de enfermedades mentales asciende a la cifra de 62.



Hay que destacar que el 33,3% de los sujetos analizados presenta dos o más enfermedades mentales. El 64,7% presenta antecedentes de consumo de drogas –se trata de un porcentaje muy alto de personas en las que se da esta patología dual- y en un 25,5% del total concurre la patología dual con la presencia de más de una enfermedad mental.

El total de delitos cometidos por los 51 sujetos asciende a 77, entre los que destacan los delitos contra la Administración de Justicia (19,5%), así como los delitos contra el patrimonio y los delitos de violencia en el ámbito familiar (18,2%) respectivamente. Es decir, solamente entre estos tres grupos de delitos se alcanza más de la mitad de la totalidad de los delitos cometidos por los sujetos internos (55,8%) (Figura 3).



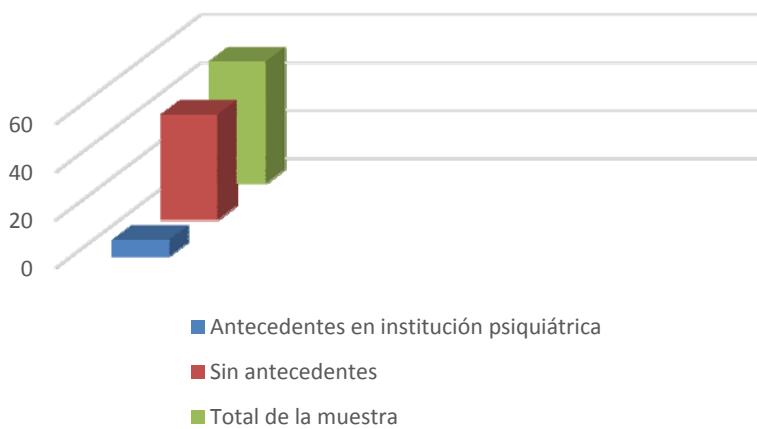
Si se cruzan estos datos con los datos que recogen la vigencia de las medidas de alejamiento o penas de prohibición de aproximación a ciertas personas, se perfila la explicación para la comisión de estos delitos: los internos que han cometido delitos contra la Administración de justicia (intuimos delitos de quebrantamiento de condena tipificados en el art. 468CP) y de violencia en el ámbito familiar aglutinan el 68,2% de las penas de prohibición de comunicación o de medidas de alejamiento¹². Lo que ponen de relevancia estos datos es que el sistema judicial afronta la problemática de la descompensación de los enfermos mentales y de su familia, en los supuestos de maltrato familiar, a través de las penas o medidas de alejamiento, sin prestar atención a un hecho clave: la plena dependencia del enfermo mental en relación a sus familiares o pareja, devolviéndolos, una vez satisfecha la medida de internamiento, al mismo hogar al que se la ha prohibido acercarse, lo que al final termina por convertirse en un círculo vicioso que sitúa al enfermo mental con un pie en la prisión y el otro fuera.

¹² El 43,1% de la muestra tenía en vigor una pena de prohibición de aproximación o bien una medida de alejamiento durante su estancia en prisión, resultando que, las personas a quienes no podían aproximarse, se trataban de familiares o cónyuges con los que convivían.

Respecto a los antecedentes penales, tan solo en 17 sujetos no constaban antecedentes (33,3%), mientras que en el 66,7% restante constaban expresamente. Los 17 internos primarios cometieron más delitos contra la vida (87,5%) que los internos con antecedentes penales (12,5%), quienes cometen más delitos contra el patrimonio que los primarios (71,4% frente a 28,6%).

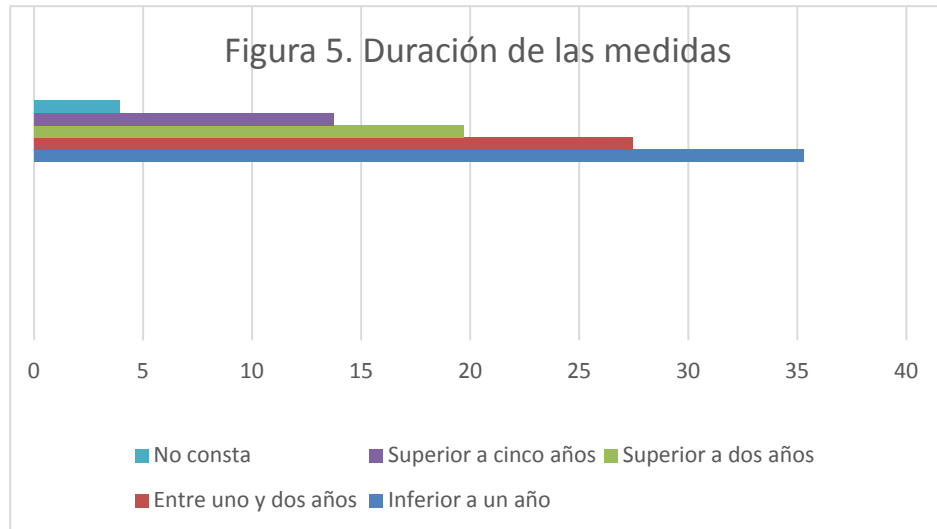
En lo que concierne a los antecedentes de internamiento en alguna institución psiquiátrica, destaca el escaso número de sujetos que han sido internados en dichas instituciones a lo largo de su vida (Figura 4). En concreto, únicamente un 13,7% de los mismos se encuentra en tal situación. Las patologías mentales que priman en estos sujetos son la esquizofrenia (44,4%), los trastornos de la personalidad (33,3%) y el retraso mental (22,2%).

Figura 4. Antecedentes de internamiento en institución psiquiátrica, previo al ingreso en prisión



En el 35,3% de los supuestos, la duración de la medida de internamiento impuesta es inferior a un año, siendo igual o superior al año e inferior a dos años en un 27,5%; igual o superior a dos años e inferior a cinco en el 19,6%, e igual o superior a cinco años en el 13,7% de la muestra¹³ (Figura 5)

¹³ En el 3,9% de los supuestos no consta la duración de la medida.



Esta tendencia a la aplicación de medidas de seguridad de tan corta duración parece incompatible con el carácter terapéutico de dicho internamiento, máxime si se atiende a que en el 66,7% de esta clase de medidas el cumplimiento se ha ejecutado exclusivamente en prisión, y que el 27,8% resultaron ser inferiores a los seis meses de duración. Todo ello nos indica que se aboga más por el componente inocuidador de la medida, que por el resocializador.

Al margen de la duración de la medida de seguridad, algo más de la mitad (51%) de los internos fueron finalmente trasladados a un Hospital psiquiátrico penitenciario. En este grupo se incluyen la totalidad de las eximentes completas, el 42,5% de las eximentes incompletas y la totalidad de atenuantes analógicas¹⁴. Cobra relevancia el hecho de que estos internos, a pesar del traslado, han cumplido en la prisión una media de once meses y quince días antes desde que se efectuara su traslado al establecimiento psiquiátrico correspondiente. El resto de sujetos (49%) ha cumplido íntegramente la medida de seguridad de internamiento en la prisión de Alhaurín de la Torre, lo que, unido a los escasos supuestos en los que se ha sustituido la medida de internamiento por el tratamiento ambulatorio –sólo en el 8% de los internos que no fueron trasladados–, manifiesta la pésima situación –además de ilegal– en la que se encontraron. La enfermedad que predomina entre los trasladados es la esquizofrenia (34,6%).

¹⁴ Existen supuestos en los que con una medida de seguridad de internamiento de una duración de cinco años, el sujeto ha permanecido en el centro penitenciario, mientras que, el único caso en el que al sujeto se le ha apreciado la atenuante analógica, con una medida de internamiento de nueve meses, ha sido trasladado.



Esta ausencia de una pauta específica en el ámbito de los traslados a los establecimientos psiquiátricos correspondientes se explica si se conoce el proceso de la toma de decisión: una vez que el órgano jurisdiccional aprecia la eximente completa o incompleta de anomalía o alteración psíquica –o la atenuante analógica-, el enfermo retorna al centro penitenciario tras el proceso judicial, donde se solicita –bien el propio centro o bien a través de mandato judicial- plaza en uno de los dos Hospitales psiquiátricos penitenciarios españoles. La respuesta que se suele obtener es que no hay plazas disponibles, por tanto, se da prioridad a los supuestos de eximente completa y, si sólo se trata de una disminución parcial de la responsabilidad, la enfermería de la prisión se considera un establecimiento adecuado para el tipo de anomalía o alteración psíquica del sujeto.

Otro dato que también atrae la atención de manera consistente es el hecho de que en tan solo seis casos de los cincuenta y uno consta la incapacitación judicial del sujeto, sobre todo en los supuestos en los que se han producido antecedentes de internamiento psiquiátrico.

4. Conclusiones

El cuadro general que aporta nuestro estudio exploratorio se resume en una mala praxis judicial, una ausencia importante de recursos infraestructurales y económicos y una desdeñosa desatención por parte de Instituciones Penitenciarias en relación con una población reclusa que crece exponencialmente con el tiempo.

En cuanto a la realidad de los hospitales psiquiátricos penitenciarios, se ha comprobado que la existencia de tan solo dos para toda España no parece suficiente.

La consecuencia más evidente de la sobreocupación es que el cumplimiento de la medida de seguridad de internamiento en centro psiquiátrico se está llevando a cabo en centros penitenciarios ordinarios¹⁵. Las condiciones de cumplimiento de los semiimputables que cumplen pena y medida de seguridad en el mismo centro son deplorables, más gravosas que las del resto de internos, ya que mientras se encuentran cumpliendo la medida de seguridad no pueden disfrutar de los beneficios penitenciarios propios del sistema de individualización científica, puesto que, al no tratarse de penados, se les suspende la clasificación en grado de tratamiento. Además, el distanciamiento de los establecimientos psiquiátricos del domicilio de muchos

¹⁵ La única excepción la encontramos en el Hospital Aita Menni, en la localidad guipuzcoana de Arrasate-Mondragón. Se trata del primer centro sanitario que atiende a personas con enfermos mentales graves afectados por causas judiciales. Se trata de una unidad psiquiátrica de alta seguridad dependiente del Departamento de salud del Gobierno vasco. Dicha unidad, que tiene casi 900 metros cuadrados así como dispone de elevadas medidas de seguridad para minimizar el riesgo de agresiones, autolesiones y fugas, proporciona un servicio de psiquiatría con una orientación claramente asistencial.

enfermos mentales empeora su situación, al propugnar la quiebra de las relaciones familiares y, en general, toda relación entre el enfermo y su entorno.

Los principales problemas que en la actualidad presentan estos establecimientos recaen tanto sobre los ejes estructurales como los de funcionamiento. Desde una óptica estructural, la estructura jerárquica de los establecimientos psiquiátricos penitenciarios, sin Junta de Tratamiento, jurista o educador, parece un completo despropósito.

En cuanto al funcionamiento de estos establecimientos, se ha indicado la ausencia de personal médico y asistencial adecuado para el trato con los enfermos. Se carece de un perfil asistencial en los funcionarios encargados de la seguridad, vigilancia y control, lo que favorece la situación de prevalencia de una cultura custodial sobre la cultura asistencial. Existen disfuncionalidades en el horario del personal, así como la ausencia de un profesional de referencia para el interno que ejerza las labores de tutorizar y realizar un seguimiento personalizado del plan individual de tratamiento del paciente.

El elemento clave es el predominio del criterio judicial de ingreso y de alta en estas instalaciones lo que, en definitiva, actúa como un factor de empobrecimiento en la calidad de la asistencia a los pacientes y, en última instancia, favorece el problema de reubicación en el ámbito social de estas personas, debido a la escasez de recursos externos de apoyo para la continuidad asistencial del paciente mental. En definitiva, tanto las instalaciones como las infraestructuras poseen una orientación general más próxima a una prisión que a un hospital.

En definitiva, la imposibilidad de un tratamiento médico y resocializador satisfactorio repercute en la situación social del enfermo mental excarcelado: doblemente estigmatizado, descompensado y marginalizado, lo que favorece la reincidencia delictiva y, de nuevo, el internamiento o la pena de prisión.

5. Propuestas de Política Criminal.

5.1. *Modificaciones de la medida de seguridad de internamiento en centro psiquiátrico en base a su fundamento.*

Las medidas de seguridad se pueden definir como medios penales preventivos de lucha contra el delito, que suponen la privación o restricción de bienes jurídicos de la persona, que son aplicados por los órganos jurisdiccionales con ocasión de la peligrosidad criminal del sujeto para conseguir los fines de prevención especial de la pena; matizando en concreto el aspecto primordial del componente asistencial o terapéutico para lograr de una manera efectiva y coherente la resocialización y la rehabilitación total del enfermo mental –eliminando junto a la enfermedad mental, la

supuesta peligrosidad criminal del individuo- para que logre recuperar la autonomía personal suficiente para desarrollarse como persona en la sociedad.

El fundamento de dichas medidas, en consonancia, en este trabajo, se trata de la peligrosidad criminal del sujeto, definida como el estado de inadaptación social de un individuo, exteriorizado por la realización de conductas contrarias a la ordenada convivencia, tipificadas como delictivas, del que se deriva la relevante probabilidad de que el individuo continuará realizando acciones dañosas contra la sociedad. En este sentido, cabe apreciar dos características muy particulares de la peligrosidad, el hecho de que se trate de un juicio pronóstico, es decir, de un cálculo de probabilidades; y que ese juicio pronóstico parte de un hecho delictivo previo que siempre va a inclinar la balanza coartando el juicio, sobre todo si se trata de delitos con cierta gravedad. Por lo que, en resumen, dicho juicio pronóstico de peligrosidad posee un cierto carácter estático (Rodríguez Sáez y Leyva Grasa, 2011), lo que, unido a la existencia de una enfermedad mental, engrandecerá el estigma o el prejuicio de delincuente enfermo mental en la sociedad, por tanto, además de desequilibrar la balanza en términos probabilísticos, fomentará las dificultades a la hora de la reinserción social del enfermo.

Sin olvidar todo lo expuesto hasta ahora, aunque dejándolo un poco al margen hay que mencionar que existe un fundamento primero de las medidas de seguridad –en especial de la de internamiento en centro psiquiátrico- que escasamente se menciona en el discurso sobre el derecho de medidas: el principio constitucional de igualdad contemplado en el artículo 14 de la Constitución, que en su dimensión negativa obliga a tratar de forma diferente las situaciones que no son iguales, o, aplicado al caso, al trato diferenciador por parte del poder legislativo y del judicial hacia los sujetos imputables e inimputables, debido a que estos últimos, por mor de su patología, se encuentra en una situación de incompreensión o amotivación por la norma penal, lo que justifica una respuesta jurídica diferente carente de reproche penal y centrada en la recuperación, en la mayor medida posible, de la persona afectada por la enfermedad.

La consecuencia final del fundamento que se acaba de aludir se concreta en el traslado del fundamento de la medida de seguridad de internamiento en centro psiquiátrico desde la perspectiva de la peligrosidad hasta la perspectiva de la necesidad terapéutica. En consecuencia, lo más acorde y adecuado para solucionar la problemática existente en relación con la enfermedad mental sería llevar a la práctica las consecuencias del fundamento de necesidad terapéutica de la medida de seguridad de internamiento en centro psiquiátrico que se materializarían particularmente en tres:

1º) La fijación de una duración del internamiento estimada en base a las necesidades terapéuticas del sujeto, concordando el tiempo de privación de libertad con el periodo estrictamente necesario para la estabilización del enfermo mental, favoreciendo, una vez compensado, el trato con el exterior, a través de salidas terapéuticas cada vez más prolongadas en el tiempo, hasta alcanzar un periodo de semilibertad y, finalmente, la libertad definitiva. Para ello, pueden emplearse las

disposiciones contempladas tanto en el PAIEM como en el Programa Puentes –ahora exclusivamente aplicados a penados– y, así, una vez ejecutado el total de duración del internamiento, se derive al enfermo compensado a medios sociosanitarios comunitarios que realicen un seguimiento de la enfermedad y mantengan a la persona compensada.

2º) El cumplimiento del artículo 191 del Reglamento penitenciario, debiéndose potenciar la creación de las Unidades psiquiátricas previstas en la Ley y en el Reglamento Penitenciario para favorecer los contactos sociales y familiares de los internos, acercando el lugar de cumplimiento a su domicilio, en lugar de enviarlos a cumplir la medida de internamiento a Sevilla o a Alicante.

3º) La posibilidad de desarrollar un tratamiento ambulatorio involuntario que permita sustituir las medidas de internamiento de escasa duración por un tipo de medida más acorde, que fomente el desarrollo social del enfermo y que contribuya de igual modo a la compensación de su enfermedad.

A través de la acción conjunta de las tres vías mencionadas se mejoraría enormemente la calidad de vida de los enfermos mentales sujetos a medidas de seguridad y, a la vez, se controlaría y se respetaría la legalidad los centros penitenciarios ordinarios, al ser trasladado todo este grupo de sujetos a las unidades psiquiátricas.

5.2. *Desaparición de los hospitales psiquiátricos penitenciarios.*

Actualmente existen voces dentro del ámbito de la práctica penitenciaria en materia de enfermedad mental que abogan por la desaparición completa de los hospitales psiquiátricos penitenciarios. Esta posibilidad propone a fin de cuentas la total consecución de la reforma psiquiátrica, logrando el desvanecimiento del carácter institucional y punitivo de los Establecimientos psiquiátricos penitenciarios, de modo que se trasvase a la comunidad la responsabilidad de satisfacer las necesidades y de rehabilitar a los enfermos mentales que han cometido hechos tipificados como delitos.

En este sentido, el argumento de la desaparición de los establecimientos psiquiátricos penitenciarios se basa en que la prisión no es un centro socio-sanitario y, por tanto, no se trata de un medio que pueda ejercer el papel de curar a los enfermos por varias razones: por la masificación de los hospitales psiquiátricos penitenciarios sin el aumento de recursos; por la ausencia de una oferta variada de tiempos ocupacionales; por la existencia de una subcultura carcelaria; por el deterioro o la ausencia de vínculos del entorno del enfermo, debido a la lejanía de los dos únicos establecimientos psiquiátricos; porque el régimen del hospital psiquiátrico penitenciario se asemeja al de la prisión; por la falta de coordinación con los jueces para alzar, suspender o sustituir la medida cuando se da una mejoría de los pacientes; por la falta de preparación asistencial del personal penitenciario; porque la fecha de los hechos delictivos es, en muchos casos, bastante anterior a la entrada en el hospital psiquiátrico para el tratamiento adecuado; porque las medidas de seguridad son cada vez más de duración muy corta, lo que a efectos prácticos supone limitar la enfermedad; porque la información de los enfermos

INTERNATIONAL E-JOURNAL OF CRIMINAL SCIENCES

Supported by DMS International Research Centre



internados en Establecimientos psiquiátricos penitenciarios es escasa, parcial y limitada; porque en los Establecimientos psiquiátricos penitenciarios se les niega la autonomía y la responsabilidad personal a los internos; porque la cronicidad de muchos trastornos supone que en el caso de larga estancia, se deteriore la persona enferma; porque cuando los internos alcanzan la libertad por haber cumplido el límite máximo de duración de la medida, significa que el tratamiento médico no ha surtido efecto, por lo que la peligrosidad criminal sigue existiendo; porque el internamiento no puede prolongarse válidamente sin tener en cuenta el carácter y la amplitud de la enfermedad; porque muchos de los pacientes se encuentran incapacitados, por lo que sus capacidades están mermadas, pero aun así deben comprender y cumplir la normativa y la rutina penitenciaria; por la ausencia de psiquiatras; y porque el equipo directivo de los Hospitales psiquiátricos penitenciarios están completamente administrativizados y carecen de personal asistencial, lo que supone que primen los aspectos regimentales sobre los asistenciales (Cáceres García; García Collantes y Sánchez Vilanova, 2014).



Referencias

- Anuario estadístico del Ministerio del Interior (2014). Disponible en <http://www.interior.gob.es/documents/642317/1204854/Anuario-Estadistico-2014.pdf/4c7f4a33-0b68-49ec-9abd-df470992f43b>
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Barrios Flores, L.F. (2007) Origen, evolución y crisis de la institución psiquiátrica penitenciaria, en *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, número 100.
- Cáceres García, J.M. “Las Medidas de Seguridad en Centro Psiquiátrico Penitenciario: del fraude a la crueldad innecesaria”. Disponible en <http://www.derechopenitenciario.com/comun/fichero.asp?id=2757>
- Defensor del pueblo andaluz (1998), “La situación de los enfermos mentales internados en Centros Penitenciarios andaluces”, BOPA nº 193, de 3-3-1998, Debate en Diario de Sesiones de la Comisión de Asuntos Sociales nº 220 serie A, sesión celebrada el 9-12-1998, V Legislatura. Disponible en http://www.defensordelpuebloandaluz.es/sites/default/files/txt_enf_mentales.pdf
- Fernández Arévalo, L. (2006) Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios y actividad penitenciaria, en *Revista de Estudios Penitenciarios*, Homenaje al profesor Francisco Bueno Arús, Ministerio del Interior.
- Gómez-Escolar Mazuela, P. (2007). Algunas cuestiones sobre la medida de seguridad de internamiento psiquiátrico, en “*El juez de vigilancia penitenciaria y las medidas de seguridad*”, NAVARRO GARCÍA, M; SEGOVIA BERNABÉ J-L. (dirs.), en *Estudios de Derecho Judicial*, nº 127. Madrid: Consejo General del Poder Judicial.
- Gonzalez Collantes, T. y Sanchez Vilanova, M. (2014) Psicopatía y medidas de seguridad, en *Estudios Penales y Criminológicos*, vol. XXXIV, pp. 127-171.
- Grupo Preca (2011). “Informe sobre Prevalencia de Trastornos Mentales en Centros Penitenciarios Españoles”. Barcelona. <http://www.derechopenitenciario.com/comun/fichero.asp?id=2505>
- Higuera Guimera, J.F. (2006). “Penados con deficiencias psíquicas en establecimientos “no psiquiátricos” penitenciarios”, en BUENO ARUS, F.; KURY, H.; RODRIGUEZ RAMOS, L y ZAFFARONI, E.R. (dirs.), *Derecho penal y Criminología como fundamento de la política criminal. Estudios en homenaje al profesor Alfonso Serrano Gómez*, Madrid: Dykinson.
- Informe (2011) *Hospitales Psiquiátricos dependientes de la Administración Penitenciaria: Propuesta de acción*, de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.
- López López, A. (2006). El enfermo mental en prisión: perspectiva psiquiátrica, en “La respuesta judicial ante la enfermedad mental”, Venturas Mas, S., Santos Urbaneja,

F. (dirs.), en *Estudios de Derecho Judicial*, nº 92, Madrid: Consejo General del Poder Judicial.

Programa puente de mediación social. Disponible en

http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/saludpublica/PROGRAMA_DE_LAS_UNIDADES_PUENTE_xCISx.pdf

Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios (PAIEM). Disponible en

http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/descargas/Protocolo_PAIEM.pdf

Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios (PAIEM RENOVADO). Disponible en

http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/Noticias/Carpeta/PAIEM_RENOVADO.pdf

Rodríguez Sáez, J.A. y Leyva Grasa, D. (2011): “El fundamento ético-jurídico de la medida de internamiento psiquiátrico”, en *Diario La Ley*, nº 7762, Sección Doctrina.

Sanz, J., Gómez-Pintado, P., Ruiz, A., Pozuelo, F. y Arroyo, J.M. (2014). Programa de Atención Integral al Enfermo Mental en las prisiones españolas (PAIEM). Valoración tras cuatro años funcionando, en *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, nº16.

Subdirección general de sanidad penitenciaria (2007). “Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario”, Área de Salud Pública. Disponible en

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/boletinAgencia/boletin10/estudio_saludMental_medio_penitenciario.pdf

Urruela Mora, A. (2009). Las medidas de seguridad y reinserción social en la actualidad. Granada: Comares.