



Universidad de Valladolid

Facultad de Derecho

Grado en Derecho

Salud Mental y Sistema Penitenciario

Presentado por:

Jorge Rodríguez Cubelos

Tutelado por:

Antonio Andrés Laso

Valladolid, 5 de julio de 2022

INTRODUCCIÓN

La notoriedad que la salud mental está adquiriendo en la actualidad responde a una sensibilización por parte de las instituciones públicas y de los ciudadanos con circunstancias dañinas para este aspecto de la salud. La exposición a determinados entornos y la comprensión hacia las personas que presentan anomalías anatómicas en su forma de pensar, percibir o sentir, derivan en una necesidad de abordar esta cuestión desde una perspectiva jurídica.

El fenómeno de la sensibilización con esta causa, sin embargo, parece adquirir una mayor dificultad cuando a las personas mentalmente enfermas se les ha declarado autores de un delito, o bien si su enfermedad trasciende durante el cumplimiento de la pena. En este trabajo vamos a analizar cuál es el tratamiento de la problemática jurídica y de fondo que acompaña a las personas con enfermedades mentales durante todo el proceso de la justicia penal, y en particular, durante el cumplimiento de las penas y medidas privativas de libertad.

RESUMEN

La naturaleza y la percepción de la salud mental ha variado a lo largo de la historia y ha tenido una influencia distinta en las diferentes comunidades. Su atención como parte de la sanidad en general es relativamente reciente. La influencia de esta materia en el ámbito penal y penitenciario se ha visto reflejado en numerosos textos legales y convenios internacionales, pero su mayor desarrollo procede esencialmente de las Instrucciones de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. El elemento regimental por el que la actividad de los establecimientos penitenciarios se ve influida se complementa con unas necesidades asistenciales y resocializadoras que no pueden ser soslayadas. En este sentido, se han articulado mecanismos para el tratamiento de la salud mental en la población penitenciaria en general y en particular a aquella que padece enfermedades mentales. El problema se extiende también al ámbito del cumplimiento de las medidas de seguridad. El funcionamiento de las instituciones públicas en esta materia parece deficitario debido principalmente a una escasez de recursos materiales; la principal consecuencia es una falta de coordinación entre las necesidades terapéuticas y asistenciales, por lo que se opta por una prevalencia del modelo regimental propio de las prisiones. Nos encontramos con una materia en la que los elementos regimentales y terapéuticos confluyen, se confunden y llegan a aplicarse indebidamente.

ABSTRACT

The nature and perception of mental health has changed throughout history and has had a different influence on diverse communities. The focus on it as part of health in general is relatively recent. The influence of this matter in the criminal and penitentiary sphere has been reflected in certain legal texts and international agreements, but its greatest development comes essentially from the Instructions of the General Secretariat of Penitentiary Institutions. The regimental element by which the activity of penitentiary establishments are influenced is complemented by care and resocialization needs that cannot be avoided. Mechanisms have been articulated for the treatment of mental health in the prison population in general and in particular those subjects who suffer from mental illness. The

problem extends to security measures. The work of public institutions in this matter seems to be lacking, mainly due to a lack of material resources; the main consequence is a lack of coordination between therapeutic and care needs, which is why a prevalence of the regimental model of prisons is chosen. We are in front of a matter in which the regimental and therapeutic elements come together, are confused and are improperly applied.

PALABRAS CLAVE / KEYWORDS

Salud mental/Mental health

Prisión/Prison

Equipo multidisciplinar/Multidisciplinary team

Juez de vigilancia penitenciaria/Penal surveillance judge

Tratamiento/Treatment

Régimen/Regime

Hospital psiquiátrico-penitenciario/Prison-psychiatric hospital

Necesidades asistenciales/ Asistencial needs

MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Para el análisis de esta situación resulta necesario, en primer lugar, un estudio profundo de la normativa penal y penitenciaria, así como la jurisprudencia (en particular, la surgida a partir de la reforma del Código Penal en 2011), acudiendo a la doctrina más reciente como guía para determinar cuál es la trascendencia jurídica del problema, las respuestas que se ofrecen frente a posibles transgresiones y los obstáculos que se plantean al seguir el principio de legalidad. El análisis de datos facilitados por organismos oficiales españoles y comunitarios ha servido como fuente de información de las circunstancias que giran en torno al problema sanitario de los establecimientos penitenciarios, desde una perspectiva causal en la que la Administración da respuesta a una situación concreta teniendo en cuenta unos antecedentes que la sujetan.

Una importante fuente de información procede del estudio de instrucciones de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, que refleja cómo se aborda la cuestión en un contexto práctico. Asimismo, tienen especial interés las resoluciones emitidas por los jueces de vigilancia penitenciaria, esenciales en la ejecución de penas y medidas, y que reflejan los criterios por los que se va a regir el cumplimiento de las mismas. Las tendencias mostradas en estos ámbitos permiten esclarecer cuáles son las garantías presentes en nuestro sistema penitenciario, la calidad del mismo y la importancia del problema de la salud mental.

La comprensión de datos clínicos y sociológicos ha resultado de utilidad en el análisis del problema desde la perspectiva del Derecho Penal y Penitenciario, para determinar cuáles son las dificultades a las que las instituciones penitenciarias se enfrentan en su labor con internos mentalmente enfermos, o para preservar la salud mental de los sanos.

SIGLAS Y ABREVIATURAS

A: auto

ATS: Auto del Tribunal Supremo

Art./Arts.: artículo/artículos

CE: Constitución española

CEDH: Convenio Europeo de Derechos Humanos

CPE: Código Penal español

CPT: Comisión para la Prevención de la Tortura

FJ/FFJJ: Fundamento jurídico/Fundamentos jurídicos

IIPP: Instituciones Penitenciarias

LOGP: Ley Orgánica General Penitenciaria

MARPS: Modelo Antropológico de Rehabilitación Psicosocial

ONG: Organización no Gubernamental

PAIEM: Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales

P: Página

PG: Presupuestos Generales del Estado

PIJ: Programa de Intercambio de Jeringuillas

PIT: Programa Individualizado de Tratamiento

PIR: Programa Individualizado de Rehabilitación

PRECA: Prevalencia de Trastornos Mentales en Centros Penitenciarios

RP: Reglamento Penitenciario

S: sentencia

SS: siguientes

SAP M: Sentencia de la Audiencia Provincial de Madrid

STSJ CL: Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Castilla y León

STJ: Sentencia del Tribunal de Justicia

SGIIPP: Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.

TMG: trastorno mental grave

UTE: Unidad Terapéutica y Educativa

ÍNDICE

CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES DE LA RELEVANCIA DE LA SALUD MENTAL EN LOS ESTABLECIMIENTOS PENITENCIARIOS: LA TRASCENDENCIA HISTÓRICA DE LA CUESTIÓN Y LA PERSPECTIVA ACTUAL DE LA PSIQUIATRÍA EN EL ÁMBITO PENAL.....	7
1.1. La enfermedad mental a lo largo de la historia desde un punto de vista social y terapéutico.....	7
1.2. El tratamiento del enfermo mental en la legislación penal y penitenciaria española.....	10
1.3. La relevancia pública de la salud mental en el sistema penitenciario en la actualidad.....	12
1.4. La prevalencia de los trastornos mentales en prisión.....	16
CAPÍTULO 2. LA BASE NORMATIVA DE LA CUESTIÓN.....	20
2.1. La Constitución Española	21
2.2. El Código Penal	21
2.3. La Ley Orgánica General Penitenciaria.....	25
2.4. El Reglamento Penitenciario.....	26
2.5. El Protocolo de aplicación del Programa Marco del PAIEM de 2009	28
2.6. Las Instrucciones de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.....	28
2.7. El Real Decreto 75/1990 por el que se regulan los tratamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos y la reforma por Real Decreto 5/1996.....	30
2.8. Instrumentos de Derecho Internacional Público.....	31
CAPÍTULO 3. EL ENFERMO MENTAL EN EL CUMPLIMIENTO DE LA PENA.....	32
3.1. Presencia en el sistema de clasificación penitenciaria, con especial énfasis en el tercer grado penitenciario y en el contacto con el mundo exterior.....	32
3.2. La influencia del tratamiento penitenciario en la salud mental.....	37
3.3. El modelo antropológico de rehabilitación psicosocial (MARPS).....	39
3.4. El módulo PAIEM.....	41
3.5. El tratamiento dirigido a la población drogodependiente y alcohólica.....	43

3.6. La situación de las personas con discapacidad.....	52
3.7. Algunos elementos comunes con incidencia sobre la salud mental.....	53
3.8. El uso de medidas coercitivas y el mantenimiento de la seguridad interior.....	56
CAPÍTULO 4. EL ENFERMO MENTAL EN EL CUMPLIMIENTO DE LA MEDIDA DE SEGURIDAD.....	61
4.1. Supuestos de aplicación de la medida de seguridad.....	61
4.2. Principios rectores de la medida de seguridad.....	64
4.3. Contenido de las medidas de seguridad privativas de libertad, especial referencia al internamiento psiquiátrico.....	66
4.4. La medida de libertad vigilada.....	78
CAPÍTULO 5. LOS PROBLEMAS QUE PLANTEA EL SISTEMA PENITENCIARIO ESPAÑOL FRENTE A LA SALUD MENTAL.....	80
5.1. El análisis desde la perspectiva de los Derechos Humanos.....	80
5.2. El análisis desde una perspectiva doctrinal.....	82
Conclusiones propias y reflexiones finales.....	87
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA.....	89

CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES DE LA RELEVANCIA DE LA SALUD MENTAL EN LOS ESTABLECIMIENTOS PENITENCIARIOS: LA TRASCENDENCIA HISTÓRICA DE LA CUESTIÓN Y LA PERSPECTIVA ACTUAL DE LA PSIQUIATRÍA EN EL ÁMBITO PENAL

1.1. LA ENFERMEDAD MENTAL A LO LARGO DE LA HISTORIA DESDE UN PUNTO DE VISTA SOCIAL Y TERAPÉUTICO

La figura del enfermo mental ha evolucionado desde épocas anteriores, por lo que resulta conveniente analizar sucintamente los mayores hitos en la concepción de estos sujetos; para ello seguiremos la obra de Erwin H. Ackerknecht, Breve historia de la psiquiatría, para después centrarnos en la dogmática penal y penitenciaria en España.

La cultura grecorromana, en contraste con la egipcia y la mesopotámica (que defendían explicaciones y tratamientos basados en lo sobrenatural y la religión), ofrece estudios de la salud mental desde una perspectiva más natural y científica, si bien la mayoría de las fuentes la estudian desde la medicina general, y por ello, tratándolo siempre de un modo similar; a pesar de la variedad conceptual que engloba a las dolencias (en el sentido en que se otorgan acepciones diferentes a una sintomatología similar, habiendo discrepancias en la denominación entre los autores), los griegos hablarían de *frenitis* (aparentemente, aquello relacionado con el delirio febril), manía (también denominada, locura o furor, estaría vinculada con situaciones corporales como el alcoholismo o los excesos sexuales) y la melancolía (aparentemente se trataría de la depresión y la paranoia, en la que el individuo muestra llantos, decaimiento, deseo de morir, y desconfianza). En esta época el tratamiento que cada médico podía ofrecer sería diferente, si bien todos se enfocarían en el aspecto físico de la anomalía; Sorano hablaría de *aislamiento* (pero no en oscuridad o con encadenamiento), *sangrías*, *dietas* y *masajes*, pero también podía tratarse, sobre todo las manías, a través de lo que podría entenderse como un fortalecimiento de la mente y del espíritu, obligando al

enfermo a leer lecturas ligeras, representar piezas de teatro opuestas a su estado psíquico, a pronunciar discursos frente a un auditorio benévolo o a realizar viajes.¹

En el Derecho romano el tratamiento que se daba al enfermo mental estaba vinculado, a la capacidad jurídica; la enfermedad mental, junto a la minoría de edad y la prodigalidad, eran situaciones modificativas de esta capacidad, y en consecuencia, se sometía a estos ciudadanos a tutela o curatela². A estos efectos, la distinción fundamental al hablar de discapacitados psíquicos era la del furiosus (su enajenación era transitoria, sería un enfermo mental en sentido estricto) y el mentecaptus (su enajenación era permanente debido a que su mente era débil, por lo que se equiparaba a los sordos y a los mudos al asumirse la dificultad que tendría para gestionar sus asuntos); de hecho, el jurista Gayo afirmaba que “el niño que no habla o que apenas ha empezado a hablar no se diferencia mucho del loco”.

Retomando la obra de Ackerknecht, la Edad Media supuso una ruptura con los avances grecorromanos; la influencia de la Iglesia derivaría en la concepción de la enfermedad mental como un elemento ajeno a la naturaleza humana, y por ello, explicable a través de la teología, que atribuiría a los demonios y a los malos espíritus la explicación de las conductas anómalas que se observasen en los “posesos”. En Europa se fundaron hospitales de inocentes para acoger a desvalidos, principalmente a indigentes que, en definitiva, eran enfermos mentales; estos hospedajes estaban a cargo de las instituciones religiosas, por lo que existía un importante componente espiritual en el trato a los enfermos. El primer manicomio occidental (creado en busca de un beneficio social) se fundó en Valencia en 1410, y planteaba un sistema organizativo particular en el que los dementes (tanto hombres como mujeres) debían realizar trabajos y tareas constantemente, aunque también se emplearían medios de contención (por ejemplo, la colocación de grilletes o el aislamiento en jaulas) frente a conductas inadecuadas.³

¹ E.H. ACKERKNECHT, *Breve historia de la psiquiatría*, Seminari d'estudis sobre la ciència, 2003, p. 25.

² L. MARTÍNEZ DE MORATÍN LLAMAS, “Tutela y curatela en el Derecho romano”, *Revista General de Derecho romano*, núm. 35, 2020, p. 13.

³ M.E. PILEÑO MARTÍNEZ, F.J. MORILLO RODRÍGUEZ, P. SALVADORES FUENTES, A. NOGALES ESPERT, “El enfermo mental. Historia y cuidados desde la época medieval”, *Cultura y*

En el siglo XVII el enfermo mental vuelve a tener la atención de los médicos, pero bajo la consideración de incurable, y como tal, resultará preferible su encierro en prisiones y asilos.⁴ En adelante, hasta el siglo XIX, comienza a apreciarse la dimensión terapéutica del problema; las personas con anomalías vuelven a considerarse enfermas y son destinadas a asilos. Es desde finales del siglo XIX y principios del XX cuando se empieza a adquirir una perspectiva científica de la salud mental, estableciendo criterios clasificatorios uniformes para las diferentes patologías y modelos de tratamiento.⁵

1.2. EL TRATAMIENTO DEL ENFERMO MENTAL EN LA EVOLUCIÓN LEGISLATIVA PENAL Y PENITENCIARIA ESPAÑOLA

Antes de adentrarnos en la materia propia de este apartado, puede resultar ilustrativo recordar, brevemente, el origen del sistema penitenciario contemporáneo. Si bien las cárceles han estado presentes a lo largo de la historia de la humanidad, no sería hasta finales del siglo XVIII y principios del XIX que empiezan a considerarse como lugar de cumplimiento de penas; en épocas anteriores eran lugares de custodia procesal (donde el reo permanecía mientras durase el proceso abierto contra él) y en escasas ocasiones como lugar de ejecución de penas en sentido estricto. Con esta nueva perspectiva empiezan a surgir los diferentes sistemas penitenciarios⁶; los principales modelos que surgen en esta época serán el de Pensilvania (basado en el principio celular y la incomunicación total de los reos) y el de Auburn (en un entorno de silencio absoluto, se realizarían actividades diurnas y aislamiento en horas nocturnas), ambos con fuertes regímenes disciplinarios para evitar el contagio criminal entre los internos.⁷

El abandono de las tesis que situaban al enfermo mental como parejo al poseso, con la evolución de la medicina y el desarrollo de la psiquiatría, en España empieza a plantearse la situación del enfermo mental en el sistema legal; el fenómeno de la codificación permitiría un

cuidados, núm. 13, p. 30. Disponible en https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/4814/1/CC_13_06.pdf

⁴ E.H. ACKERKNECHT, op. cit. p. 46.

⁵ C. ZABALA BAÑOS, *Prevalencia de trastornos mentales en prisión*, tesis doctoral, pp. 25-26.

⁶ R.M. MATA MARTÍN, *Fundamentos del Sistema Penitenciario*, 2016, pp. 131-132.

⁷ R.M. MATA MARTÍN, *Fundamentos del Sistema Penitenciario*, 2016, pp. 144 y 146.

análisis más detenido de las diferentes circunstancias que podrían plantearse en la relación entre los individuos, en particular, cómo afectan las anomalías psíquicas en el crimen. Nos remitimos a la codificación del Derecho Penal, que comenzaría en 1822, cuyo primer artículo hacía referencia al carácter voluntario del delito, que sería la mayor muestra de libertad del individuo; se admitía entonces que, no sería posible equiparar, a efectos de la respuesta al delito, a aquel que tiene plena capacidad racional (que le permite operar de acuerdo con su propia voluntad, influida por su conocimiento sobre la legalidad) con quien no la tiene.

Se daría una situación similar con respecto de la edad; el individuo más joven no tendría plenamente formada su capacidad para distinguir lo que es justo de lo que es injusto, por lo que sus actos no estarían motivados por esta distinción, en contra de lo que cabría esperarse de un sujeto de edad considerable, cuyos actos son, en principio, racionales y no meramente impulsivos. La determinación de la responsabilidad penal respondía a un análisis de la situación del sujeto y no únicamente en la influencia del trastorno psíquico al momento de cometer el delito; se hablaría de un análisis doble, el psíquico (se trata de determinar el estado mental del sujeto, pero también de averiguar si esta neurosis o psicosis estuviera influida por su ascendencia familiar) y somático (consiste en entender las circunstancias ajenas a la mente del sujeto, como su entorno, educación, nutrición y características físicas).⁸

Aparte del histórico hospital fundado en Valencia, al que ya nos hemos referido, las investigaciones históricas nos demuestran que en España existió otra institución que dio respuesta al problema de la presencia de enfermos mentales entre los condenados; se trata de la prisión fundada por el coronel Montesinos a mediados del siglo XVII, que incorporó una sección para la atención de internos con anomalías psíquicas.⁹

Estas previsiones legales requerían de mecanismos útiles para su ejecución; hasta entonces se reconocía la existencia de manicomios y prisiones (en las diferentes modalidades que pudiera

⁸ M.T. GIL RODRÍGUEZ, “La influencia histórica y actual de las anomalías psíquicas en la responsabilidad penal y en la prisión” *Salud Mental y Privación de Libertad*, Dirección de Ricardo Mata Martín, Coordinación de Tomás Montero Hernanz, Editorial Bosch, 2021, pp. 73 y ss.

⁹ J.M. ARROYO COBO “El modelo de atención a los problemas de salud mental en IIPP. Una respuesta al debate permanente ¿enfermo o delincuente?”, *Cuaderno de Psiquiatría Comunitaria*, Vol. 12, N.º 1, 2014, p. 15.

haber), pero no fue hasta 1886 que se planteó la creación de un Manicomio Penal, tomando como fundamento el RD de 13 de diciembre, si bien su realización nunca tuvo lugar (al igual que otros proyectos similares, que tampoco tuvieron éxito). El primer establecimiento psiquiátrico penitenciario se fundaría en El Puerto de Santa María y contaría con el respaldo de la RO de 10 de octubre de 1894; otros Reales Decretos posteriores contemplaban también la necesidad de crear nuevos hospitales psiquiátricos penitenciarios (1 de septiembre de 1897 y 26 de enero de 1912), pero la escasez de recursos económicos y la negativa por un sector intelectual acerca de la prevalencia de los trastornos mentales en España impidieron el desarrollo de nuevas instituciones; en su lugar, se optaría por la mejora del hospital penitenciario ya existente y la implementación de nuevas medidas en la gestión de otros establecimientos, como la derivación de algunos encarcelados con anomalías psíquicas a manicomios.¹⁰

A pesar de la aparente reticencia en esta época, durante el siglo XX se desarrollarían nuevos centros; los primeros serían el Departamento de Oligofrénicos de León, el Centro de Psicópatas de Huesca y el Centro Asistencial Psiquiátrico Penitenciario de Madrid (vinculado a la prisión de Carabanchel y destinado únicamente a internos varones, siendo la institución correspondiente para las mujeres el de Yserías), considerados todos como centros asistenciales por el Reglamento de Servicio de Prisiones de 1956, y posteriormente por el Reglamento Penitenciario de 1981 (en su art. 56.1b). La peculiaridad respecto a los centros de cumplimiento ordinario era la aplicación de un régimen disciplinario y sancionador condicionado a los fines asistenciales propios de las instituciones. La organización de estos centros y el trato que recibían los enfermos, criticado desde la perspectiva de los Derechos Humanos (en el caso de los establecimientos de Madrid y Huesca), motivaría sus cierres en 1990¹¹, y sustitución por el Departamento de Oligofrénicos de Sevilla (en el caso del centro de León), que a su vez sería sustituido por el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla; por su parte, los pacientes de Madrid y Huesca serían trasladados al Hospital Psiquiátrico

¹⁰ L.F. BARRIOS FLORES, “Origen, evolución y crisis de la institución psiquiátrico penitenciaria”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, núm. 100, 2007; pp. 473-476.

¹¹ Por la Orden 225-1990 de 3 de julio, se suprime el Departamento de Oligofrénicos de León. Por la Orden 22-05-1990 se suprime el Sanatorio Psiquiátrico Penitenciario de Madrid.

Penitenciario de Alicante, que el año siguiente, acogería a las mujeres reclusas en la institución de Yesería.¹²

Para concluir, debemos destacar la involución que, en épocas anteriores, conoció la legislación española con respecto de este problema. En este sentido, el legislador se hacía consciente del problema que representaban los enajenados para el sistema penitenciario, y así se pondría de relieve en la exposición de motivos Real Decreto de 1 de septiembre de 1897 sobre clasificación de los locos penales, que exponía una serie de consecuencias jurídicas basadas en lo que podríamos denominar la peligrosidad criminal del enfermo mental:

- a) *Los manicomios (los propiamente dichos y los departamentos especiales para dementes de los Hospitales Provinciales), para los exentos de responsabilidad penal por causa de enajenación que hubieran delinquido, los penados que enloquecieran cumpliendo condena de prisión correccional, cualquiera que fuera la gravedad del hecho delictivo cometido.*
- b) *Las familias, a cuyo cuidado estarían los exentos de responsabilidad criminal que hubieran cometido delitos menos graves, previo acuerdo del Tribunal Sentenciador.*
- c) *La Penitenciaría-Hospital, destino de: penados varones cuyo cumplimiento de condena (de presidio correccional, cadena perpetua o de muerte) se hubiera suspendido por enajenación.*¹³

La escasez de recursos para el adecuado desarrollo de estas previsiones en el siglo XX supuso que se prescindiera de su uso, por lo que la gestión de la salud mental pasaría, como hemos visto, a tratarse de una cuestión incardinada en el resto del sistema penitenciario de manera secundaria.

¹² L.F. BARRIOS FLORES, "Origen, evolución y crisis de la institución psiquiátrico penitenciaria", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, num 100, 2007; pp. 476-478.

¹³ J.M. ARROYO COBO, "El modelo de atención a los problemas de salud mental en IIPP. Una respuesta al debate permanente ¿enfermo o delincuente?", *Cuaderno de Psiquiatría Comunitaria*, Vol. 12, N.º 1, 2014, p. 16.

1.3. LA RELEVANCIA PÚBLICA DE LA SALUD MENTAL EN EL SISTEMA PENITENCIARIO EN LA ACTUALIDAD

El análisis de algunos datos estadísticos nos va a servir para esclarecer el grado de concienciación social e institucional que en España se tiene sobre este problema.

1.3.1 Trascendencia del problema desde una perspectiva financiera

Una primera aproximación al estado de las IIPP puede extraerse del reflejo de estas entidades en los PGE. La partida de gastos para el 2022 asigna a la Secretaría General de las Instituciones Penitenciarias una dotación de 1.244.749'36 euros¹⁴, una cuantía similar a la asignación de los años anteriores, de 1.160.426'94 euros¹⁵; la partida de gasto 16.05.483 se refiere a la asignación dirigida *a la atención a personas sometidas a medidas de seguridad, suspensión de la pena y reglas de conducta del CPE, así como a enfermos de SIDA e integración social de niños en Unidades de Madres y programa de violencia de género*, que en los años anteriores estuvo dotada con 122'12 mil euros, y en el presente año, con 200 mil. Como vemos, se trata de una asignación cuantitativamente baja entendiendo el cúmulo de ámbitos a los que se destina esta asignación; podríamos añadir, en atención a la materia de la que nos vamos a ocupar, la partida 16.05.25, que se refiere a los conciertos de asistencia sanitaria, dotadas con 12.927'15 mil euros en el ejercicio en curso y 7.216'22 mil en los anteriores.

1.3.2 Los nuevos equipos técnicos

Si bien nos referiremos a esta situación más adelante, podemos anticipar que la configuración actual del sistema penitenciario, hace necesaria y preceptiva la labor de los equipos técnicos¹⁶ para la elaboración de programas de tratamiento para los internos; sin embargo, la naturaleza de este equipo cambia cuando nos encontramos ante un centro de internamiento, pues como

¹⁴ Información extraída del Tomo VI de los Presupuestos Generales del Estado para 2022.

¹⁵ Información extraída de la Serie Verde de los Presupuestos Generales del Estado para 2018.

La cuantificación está expresada en miles de euros.

¹⁶ El artículo 274.2 RP establece la posible configuración del equipo técnico multidisciplinar, en los siguientes términos: *Podrán formar parte del Equipo Técnico: a) Un Jurista, b) Un Psicólogo, c) Un Pedagogo, d) Un Sociólogo, e) Un Médico, f) Un Ayudante Técnico Sanitario/Diplomado universitario en Enfermería, g) (Derogado), h) Un Maestro o Encargado de Taller, i) Un Educador, j) Un Trabajador Social, k) Un Monitor Sociocultural o Deportivo, l) Un Encargado de Departamento.*

veremos posteriormente, ambas instituciones difieren en su naturaleza. El equipo multidisciplinar, de funciones terapéuticas y asistenciales, carecía de regulación normativa hasta 1996; su presencia en el hospital psiquiátrico penitenciario de Alicante no tenía respaldo normativo, por lo que ejercía funciones terapéuticas y organizativas. En la actualidad se cuenta con el Consejo de Dirección, que se ocupa de las cuestiones administrativas y sirve de enlace con los jueces de vigilancia penitenciaria, cuya trascendencia ya analizaremos. Una diferencia sustancial con la Junta de Tratamiento, que está presente en los centros ordinarios, es que el Equipo Multidisciplinar no va a contar con un jurista (sus funciones como asesor jurídico de la institución y de los pacientes no están cubiertas) ni un educador social (su función como garante del bienestar de los pacientes durante el internamiento tampoco están cubiertas). Barrios Flores entiende que estas funciones de vinculación entre el paciente y el exterior las asume el psiquiatra.¹⁷

1.3.4. Las organizaciones no gubernamentales

Las previsiones de la normativa penitenciaria establecen posibilidades de colaboración entre las instituciones penitenciarias y las Organizaciones No Gubernamentales (art. 69.2 LOGP), que de hecho se han convertido en un respaldo necesario para el buen funcionamiento de las actividades asistenciales de los establecimientos penitenciarios, como reconoce la Instrucción 2/2012, de Intervención de ONG's, asociaciones y entidades colaboradoras en el ámbito penitenciario.

La inclusión de estas entidades complementa a la propia institución penitenciaria, aportando un complemento humanitario al internamiento; el efecto que esta colaboración tiene sobre los internos es la conciencia de solidaridad y de pertenencia, como una oportunidad de mejora, aprendizaje e inserción en la sociedad a través de agentes voluntarios que representan la vida en libertad, siendo incluso un garante de la vinculación entre el condenado, sus vínculos más estrechos y la sociedad en general.¹⁸

¹⁷ L.F. BARRIOS FLORES, "Origen, evolución y crisis de la institución psiquiátrico penitenciaria", *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, num 100, 2007; pp. 13-15/ 485-487.

¹⁸ R. BENITO LÓPEZ y J.A. GARCÍA ALMONCID, "La intervención de las ONG'S y el voluntariado en el medio penitenciario", *Revista de Estudios Penitenciarios* Extra-2019, pp. 75 y ss.

A fin de no perder el horizonte social y público que constituye la privación de libertad, y en la medida en que las entidades sociales participan en esta realidad, se han articulado mecanismos para su intervención en el ámbito penitenciario. En la actualidad puede hablarse del Consejo Social Penitenciario (creado por la Orden INT/3191/2008, de 4 de noviembre, modificada por la Orden INT/1935/2014, de 7 de octubre, cuyo antecedente es la “Comisión de Seguimiento del Voluntariado y ONG (creada por la Instrucción 4/2007, de 7 de febrero); en realidad todas las instituciones públicas disponen de un órgano de naturaleza similar, orientado a la trascendencia social que pueda vincularse a dicha entidad, que junto a sus funciones esenciales (relacionadas con *la pedagogía de la reinserción social, la formación de los funcionarios, desarrollar programas de Justicia Restaurativa y resolución no violenta de conflictos*) coordina a los Consejos Sociales Penitenciarios Locales, vinculados más estrechamente con los centros penitenciarios y con las entidades sociales; ejercen funciones de organización, coordinación, información y elaboración de protocolos, trabajos conjuntos y programas¹⁹.

Entendiendo la trascendencia actual de las ONG en el ámbito penitenciario, cabría destacar algunas entidades que han desarrollado su actividad conforme a este planteamiento en lo relativo a reclusos con anomalías psíquicas (Indicar ONG'S y entidades).²⁰ De un modo ilustrativo, recientemente se ha publicado la Resolución de 8 de marzo de 2022 de la Secretaría General Técnica, por la que se publica el Convenio entre la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias y la Fundación López Ibor, para el desarrollo de los programas de asesoría, formación y estudio de las intervenciones relacionadas con la enfermedad mental en establecimientos penitenciarios; otra entidad con influencia en este campo es Proyecto Hombre, operativa desde los años 80 ante el incremento de la población penitenciaria drogodependiente, y ofrece una asistencia integral inspirada en el modelo biopsicosocial,

¹⁹ J.L. SEGOVIA BERNABÉ, “La intervención de las ONG’S y el voluntariado en el medio penitenciario” *Revista de Estudios Penitenciarios Extra-2019*, pp. 289 y ss.

²⁰ E. PRESENCIO SERRANO, “Proyecto Hombre, 30 años trabajando con personas con problemas de adicciones en prisiones”, *Revista de Estudios Penitenciarios Extra-2019*, pp. 261 y ss.

donde la abstinencia y la educación son los elementos centrales.²¹ Para la concienciación con las personas con discapacidad intelectual, las IIPP colaboran con la confederación *Plena Inclusión*.

1.4. LA PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN PRISIÓN

1.4.1. Concepto actual del trastorno mental

La OMS establece la salud mental como un conjunto de factores sociales, psicológicos y emocionales que influyen en el bienestar de la persona. La ausencia de bienestar de la persona que padezca una enfermedad mental incide en su *pensamiento, percepción, emociones, conducta y relación con los demás*²²; esta concepción amplia de la enfermedad mental permite establecer diversas situaciones como alteraciones de la salud mental, además de trastornos psíquicos en sentido estricto (hablaríamos de enfermedades como el trastorno bipolar, la esquizofrenia y la psicosis), e incluiríamos trastornos de personalidad antisocial, demencias, discapacidades intelectuales.

Muchos problemas relacionados con la salud mental derivan del consumo de alcohol y drogas; estaríamos ante el caso de personas con patologías duales, es decir, aquellas cuyos trastornos psíquicos confluyen con el consumo y la dependencia de sustancias.

1.4.2. Tipos de trastornos mentales y su influencia en la delincuencia

La identificación de la población penitenciaria que padezca algún trastorno psíquico supone una actividad fundamental a efectos de diseñar los tratamientos necesarios y la disposición de medios para el buen funcionamiento de las instituciones penitenciarias a estos efectos; para ello, los especialistas van a operar con los criterios de la CIE-101 (*International classification of diseases and related health problems*, elaborado y actualizado por la OMS) y la DSM-IV (*Diagnostic and statistical 234 manual of mental disorders*, elaborado y actualizado por la

²¹ E. PRESENCIO SERRANO, “Proyecto Hombre, 30 años trabajando con personas con problemas de adicciones en prisiones”, *Revista de Estudios Penitenciarios Extra-2019*, p. 263.

²² Definición extraída de

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Asociación Americana de Psiquiatría). Ambos sistemas aportan una definición para el concepto de trastorno mental y una enumeración de tipos y subtipos, que en términos genéricos puede coincidir, aunque en términos generales reconocen el trastorno mental como *un síndrome o patrón de comportamiento significativamente clínico, que origina malestar interfiriendo en la vida o actividades de la persona*²³. A pesar de ello, la inexistencia de un sistema estandarizado de diagnóstico (pues las clases que se incorporan progresivamente se van especificando en nuevos subtipos) hace que la previsión individualizada de cada paciente sea una labor compleja e imprecisa, por lo que la determinación de unas vías de actuación adaptadas a cada caso se convierte en una labor secundaria para los especialistas.²⁴

Conceptualmente, no hay consenso en la precisión de los trastornos psíquicos a efectos jurídicos, por lo que la forma más acertada de abordar el asunto es el análisis de la jurisprudencia y el trabajo de las instituciones penitenciarias; en este sentido, las oligofrenias (es decir, las disminuciones en la inteligencia) y los trastornos de la personalidad (las antiguamente denominadas psicopatías) han generado polémica respecto a su equiparación a las enfermedades mentales en sentido estricto, puesto que los sujetos que padecen estas anomalías son conscientes de sus acciones y el sentido criminal de estas.²⁵

Siguiendo las apreciaciones de Zabala Baños, la enfermedad mental en general puede presentar unos rasgos concretos que se tendrán en cuenta para su diagnóstico; se hablaría de una verosimilitud que afecta a personas de cualquier edad, lugar, como consecuencia a unos factores ambientales, biológicos y personales, a menudo en una situación de comorbilidad o dualidad patológica, que conlleva un desembolso económico significativo, con un impacto negativo en la persona y sus allegados, que puede ser diagnosticado y tratado eficazmente, que

²³ C. ZABALA BAÑOS, *Prevalencia de trastornos mentales en prisión*, tesis doctoral, p. 31. Se toma como referencia la definición proporcionada por la Organización Mundial de la Salud.

²⁴ G.M. REED y J.A. AYUSO-MATEOS, "Hacia una clasificación Internacional de los Trastornos Mentales de la OMS de mayor utilidad clínica", *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2011, p. 113.

²⁵ H. ROLDÁN BARBERO, "¿Adónde van los enfermos mentales que cometen delitos?", *Revista Electrónica de Estudios Penales y de la Seguridad*, pp. 5-7.

pueden derivar en la discapacidad o fallecimiento de la persona, y que puede dar lugar a situaciones de estigmatización, marginalidad y discriminación.²⁶

Precisando estos elementos y descendiendo al ámbito estrictamente penal, Roldán Barbero opina que el tipo de trastorno al que los tribunales e instituciones penales ponen especial interés es el psicótico, que en rasgos generales, consiste en una abstracción de la realidad en la que el enfermo no puede determinar qué elementos de la vida son genuinos, siendo la esquizofrenia el ejemplo más evidente de este grupo de patologías; otros trastornos cuya observación resulta interesante a estos efectos son las depresiones mayores psicotizadas, los trastornos bipolares y los trastornos límite de la personalidad.²⁷

De un modo orientativo, podemos tener en consideración que los colectivos más susceptibles de desarrollar enfermedades mentales, según entiende la OMS serían las personas en situación de pobreza, marginalidad, exclusión y violación de los derechos humanos, las personas que abusan de sustancias como el alcohol o las drogas, las personas con enfermedades crónicas, las personas mayores, quienes viven catástrofes naturales o emergencias humanitarias, y en último lugar, las personas privadas de libertad durante la ejecución de una condena penal. Este último aspecto, según explica Arroyo Cobo, responde a la creación de un entorno hostil, en el que el interno se siente tenso, lo que le termina generando un desequilibrio que se manifiesta en un trastorno psíquico.

Desde la perspectiva de la peligrosidad criminal, numerosos estudios apuntan al consumo de drogas y alcohol como los principales factores de riesgo, y no tanto a la enfermedad mental en sentido estricto. Un fenómeno similar sucede en el ámbito de la reincidencia delictiva, en el sentido de que el drogodependiente constituye un foco de peligrosidad mayor que otros enfermos mentales.

²⁶ C. ZABALA BAÑOS, *Prevalencia de trastornos mentales en prisión*, tesis doctoral, pp. 31-32.

²⁷ H.ROLDÁN BARBERO, *op. cit.* p. 7.

1.4.3. Presencia de enfermedades mentales en prisión

El entorno penitenciario ofrece una estadística de personal con enfermedades mentales mayor que la que se aprecia en la población en libertad, y lógicamente, el aumento de la población penitenciaria con trastornos psíquicos aumenta proporcionalmente a la cifra de población penitenciaria en general; la prevalencia de la enfermedad mental en prisión es un fenómeno al que se debe dar respuesta. Zabala Baños elaboró una lista sobre los trastornos más frecuentes en el ámbito penitenciario, siendo especialmente relevantes los derivados del consumo de sustancias, los psicóticos, los anímicos, los de ansiedad, los somatomorfos, los adaptativos, los de control de impulsos y los de personalidad. No parece, en contra de lo que cupiera esperar, que exista una relación significativa entre la permanencia en privación de libertad y el desarrollo de trastornos mentales, ni en el empeoramiento de los ya existentes.²⁸

Zabala Baños se centra en el análisis psiquiátrico de los trastornos de la personalidad, que como ya adelantábamos, generan controversia a efectos jurídicos, pues en el medio penitenciario tienen una incidencia muy significativa. En este sentido, el sistema clasificatorio más útil desde el punto de vista de la investigación ofrece la clasificación: Grupo A, formado por el trastorno paranoide, trastorno esquizoide y trastorno esquizotípico de la personalidad; Grupo B, formado el trastorno antisocial, trastorno límite, trastorno histriónico y trastorno narcisista de la personalidad; y Grupo o Cluster C, formado el trastorno por evitación, el trastorno por dependencia y el trastorno obsesivo-compulsivo.²⁹

La detección de estos trastornos psíquicos, precisamente por la cantidad de factores a los que se debe atender, es difícil y no ofrece resultados precisos; es por ello que Zabala Baños acude a un análisis realizado por Arroyo Cobo, que viene a señalar que los internos con enfermedades mentales responden un perfil similar en el que el trastorno psíquico es sólo un componente de las dificultades presentes en el interno. Situaciones como la drogodependencia, la falta de escolarización, los abusos sufridos en la infancia, la precariedad y el desempleo son comunes entre los internos que presentan enfermedades mentales.³⁰

²⁸ R.M. MATA MARTÍN, *Salud Mental y Privación de Libertad*, 2021, pp. 37-38.

²⁹ C. ZABALA BAÑOS, *Prevalencia de trastornos mentales en prisión*, tesis doctoral, p. 34.

³⁰ C. ZABALA BAÑOS, *Prevalencia de trastornos mentales en prisión*, tesis doctoral, p. 54.

Desde un punto de vista estadístico, como ya adelantábamos, resulta difícil determinar un porcentaje exacto de población penitenciaria mentalmente insana; podemos, sin embargo, señalar algunos datos para determinar la importancia de esta cuestión:

- En 2011 se elaboró el informe PRECA para analizar la situación de la salud mental en los establecimientos penitenciarios; una muestra mínima, en la que se toma de referencia el caso de 707 pacientes, arrojó el siguiente resultado: en el momento de la entrevista, el 41% de los entrevistados padecían enfermedades mentales (el 23,3% de ansiedad, el 17,5% de adicción y el 14,9% de la personalidad), y se estima que las cifras se doblaban si se expresaban en términos vitales, es decir, atendiendo a la trayectoria pasada de la persona. Además, se establece una distinción entre los internos con trastorno mental grave (que representarían el 4% de los encuestados) y los pacientes de enfermedades mentales comunes (que serían el 39%).³¹
- 3.102 internos participaron en el PAIEM durante 2019, siendo 1.832 de estos pacientes de trastorno mental grave, siendo la mayoría de ellos enfermos con patología dual (el 30%), psicóticos (29%), y en porcentajes menores, personas con trastornos de la personalidad (18%) y afectivos (11%).³²

Sobre el concepto de TMG, se trata de un concepto que debe analizarse desde una perspectiva estrictamente psiquiátrica, aunque posteriormente señalaremos cuál es su trascendencia jurídica; con rasgos generales, un trastorno mental será calificado como grave cuando concurren una serie de elementos:

- 1) Duración prolongada, pudiéndose tratar de patologías crónicas; el criterio CIE-11 a menudo se centra en la persistencia de la patología para calificarla como enfermedad mental grave, que debe haberse observado durante unos meses en algunos casos, o años en otros.

³¹ R.M. MATA MARTÍN, “La protección de la salud mental en los establecimientos penitenciarios”, *Salud Mental y Privación de Libertad*, Dirección de Ricardo Mata Martín, Coordinación de Tomás Montero Hernanz, Editorial Bosch, 2021, p. 35.

³² Datos extraídos del Informe General de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias para el año 2019, disponible en https://www.interior.gob.es/documents/642317/1202140/Informe_General_IIPP_2019_12615039X.pdf/6c227fde-3cee-43f7-b061-666bca7ac514

- 2) Grado variable de discapacidad y disfunción social. Es una afectación que dificulta la interacción del individuo con su entorno, así como el buen funcionamiento del sujeto, que puede analizarse atendiendo a sus capacidades de autonomía, autocuidado, funcionamiento cognitivo y gestión del ocio y el tiempo libre. El paciente con TMG encontrará notables dificultades en estos ámbitos.
- 3) Se asocia con alguna de las patologías clínicamente identificadas como TMG, atendiendo a los criterios generalmente reconocidos. La predisposición a padecer un trastorno mental junto con el factor ambiental, económico y sociológico van a incidir en la gravedad del trastorno. Entre las enfermedades mentales que suelen clasificarse como graves se encuentran los trastornos esquizofrénicos, esquizotípicos, esquizoafectivos, delirantes, el trastorno bipolar, los trastornos depresivos graves con síntomas psicóticos. Se trata, por lo general, de trastornos donde la percepción se ve alterada hasta la confusión entre la realidad y las alucinaciones.

Ha quedado patente que la presencia de enfermos mentales entre los internos comunes, tras la desinstitucionalización de la psiquiatría penitenciaria, es uno de los mayores problemas a los que se enfrenta el sistema penitenciario. El control jurídico de la cuestión es una tarea compleja debido a la variedad de situaciones que pueden plantearse.³³

CAPÍTULO 2. LA BASE NORMATIVA DE LA CUESTIÓN

Vamos ahora a elaborar un análisis de la normativa más relevante en relación con la privación de libertad y la salud mental. Las previsiones a las que nos referiremos servirán para entender la trascendencia de la salud mental en el sistema penal español y en el ámbito penitenciario, y de este modo, analizar posteriormente cómo la Administración penitenciaria actúa atendiendo a la ley.

³³ R.M. MATA MARTÍN, *Fundamentos del Sistema Penitenciario*, 2016, pp. 237 y ss.

2.1. LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA

La Carta Magna nos ofrece unas directrices a tener en consideración, desde una perspectiva general, en el ámbito penitenciario. Si bien el art. 10 señala la dignidad de la persona como un fundamento ineludible (y en el ámbito penitenciario se mantiene su observancia constantemente), nos interesa el contenido de dos preceptos que se encuadran en los Derechos Fundamentales y que tienen una trascendencia directa en el ámbito penitenciario:

El artículo 15 será relevante al hablar acerca del uso de medios coercitivos y limitaciones regimentales; debemos tener presente que determinados actos por parte de la Administración penitenciaria pueden resultar cuestionables a expensas de constituir actos de tortura o trato degradante. El artículo 25.2 se refiere a aquello en lo que se justifica la pena y la medida de seguridad (fin resocializador y rehabilitador) y en lo que no justifica (las restricciones de derechos que la condena no contemple, no pueden efectuarse). Esta indicación se entiende conforme a la interpretación del Tribunal Constitucional, fundada en las sentencias 246/1991, de 19 de diciembre, FJ 2 y 65/1986, de 22 de mayo; en la medida en que nuestro ordenamiento jurídico ofrece la concepción de un Derecho Penal de autor (así se extrae de la primera sentencia) parece razonable que las penas y medidas atiendan a las circunstancias subjetivas que han influido en la comisión del delito. De la segunda sentencia se extrae, asimismo, que la atención a la culpabilidad del sujeto (de nuevo, el elemento subjetivo está presente) al aplicar una consecuencia jurídica al delito cometido es el modo en el que se respeta la dignidad del individuo, derecho que ya tenemos en cuenta desde la lectura del artículo 10.³⁴

2.2. EL CÓDIGO PENAL

La Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre por la que se aprueba el CPE contiene algunas cláusulas relativas a las medidas de ejecución penal, que junto con la Ley Orgánica 1/1979 y el Reglamento Penitenciario establecen la regulación del sistema penitenciario español. En este

³⁴ Comentarios a la Constitución española, p. 958, disponible en https://www.boe.es/biblioteca_juridica/publicacion.php?id=PUB-PB-2018-94

texto se incorporan, además, disposiciones relativas a las medidas de seguridad, así como las circunstancias en las que estas serán aplicables.

La legislación del CPE equipara las penas y las medidas de seguridad, en el sentido de que ambas se someten a los principios de:

- Legalidad: se entiende que ni una pena ni una medida puede aplicarse sino en los casos y en la forma prevista por la ley.
- Jurisdiccionalidad: ambas se ejecutan con fundamento en una sentencia judicial firme (artículo 3.1 CPE).³⁵

De este modo podemos concluir que el régimen general que se atribuye a las respuestas jurídicas al acto delictivo es análogo. Sin embargo, el texto contempla la amplitud de situaciones que pueden darse en atención a determinados sujetos; en este sentido, parece razonable entender que no todos los reos disponen de una misma capacidad perceptiva o cognitiva, sino que pueden encontrarse circunstancias que las disminuyan, incluso hasta el punto de impedir a la persona comprender el alcance de sus propios actos. El CPE dispone:

- Circunstancias eximentes de responsabilidad penal, recogidas en los artículos 19 (en relación con los menores de 18 años que hayan cometido delitos) y 20 (en particular los tres primeros, relativos a la anomalía o alteración psíquica que impida al sujeto comprender el alcance de sus acciones, los estados de intoxicación y las alteraciones en la percepción presentes desde el nacimiento o la adolescencia). Estando presentes en un sujeto cualquiera de estas peculiaridades, no cabría hablar de cumplimiento de penas, sino de medidas de seguridad, y en consecuencia, la regulación que cabría aplicar en este caso sería la prevista en el Título II de este Libro I, como veremos más adelante.
- Circunstancias atenuantes de responsabilidad penal, contempladas en el artículo 21 (nos interesan particularmente la primera, que se refiere a la eximente incompleta, y la segunda, sobre la adicción a sustancias psicotrópicas como motivo principal para la

³⁵ Artículo 3.1 CPE: *No podrá ejecutarse pena ni medida de seguridad sino en virtud de sentencia firme dictada por el Juez o Tribunal competente, de acuerdo con las leyes procesales.*

comisión del hecho delictivo); en los casos contemplados en este artículo se puede hablar de una responsabilidad criminal en la conducta del sujeto, si bien la consecuencia jurídica puede ser diferente cualitativa o cuantitativamente, que consistirá en especialidades en el cumplimiento de la pena y de reducciones en su duración, atendiendo a las normas del artículo 66.

Asimismo, el artículo 68 ofrece un tratamiento específico para aquellos casos en los que, aun dándose las circunstancias descritas en el artículo 20, falte algún elemento que permita hablar de falta de capacidad de autodeterminación del individuo, a lo que se refiere el primer supuesto del artículo 21; en este sentido, la respuesta es aplicar, en todo caso, la pena inferior en uno o dos grados.

Por otra parte, el texto contiene normas sobre el cumplimiento de la pena impuesta; podemos señalar dos artículos relativos a las circunstancias modificativas de la responsabilidad penal (o su exoneración) y que tienen relevancia en el cumplimiento de una pena de privación de libertad (especialmente, la de prisión).

El art. 60, que será objeto de desarrollo, prevé la sustitución de penas por medidas de seguridad ante la tardía apreciación del trastorno mental, como alternativa al empleo de tratamientos específicos. Esta misma previsión se reitera en el art. 99.³⁶

En un sentido similar, el art. 80 establece los criterios para alcanzar la suspensión de la ejecución de la pena privativa de libertad; en concreto, el apartado 5º señala el tratamiento de deshabitación como una circunstancia favorable para evitar el ingreso del reo en prisión, como veremos y analizaremos.

Frente a una apreciación inmediata de trastornos psíquicos, o una sustitución de la pena con base en el art. 60 CPE regula también las medidas de seguridad, en el Título IV de este Libro I, que rige su ejecución, con independencia del momento en el que se impongan, dado que no

³⁶ Art. 99 CPE: *En el caso de concurrencia de penas y medidas de seguridad privativas de libertad, el juez o tribunal ordenará el cumplimiento de la medida, que se abonará para el de la pena. Una vez alzada la medida de seguridad, el juez o tribunal podrá, si con la ejecución de la pena se pusieran en peligro los efectos conseguidos a través de aquella, suspender el cumplimiento del resto de la pena por un plazo no superior a la duración de la misma, o aplicar alguna de las medidas previstas en el artículo 96.3.*

están reguladas en la LO 1/1979. Si bien la determinación de la medida de seguridad está condicionada por el criterio de los facultativos (art. 95.1) sobre la peligrosidad criminal del sujeto y la posibilidad de que este vuelva a delinquir, la realidad es que la pena y la medida de seguridad se ejecuten de un modo formalmente similar. Sabiendo que la medida no puede durar más que la pena impuesta o prevista en abstracto para ese delito, tampoco podría hablarse de una medida que consista en privación de libertad si la pena que correspondería tampoco fuera privativa de libertad (art. 95.2). El art. 96 enumera las diferentes medidas de seguridad, distinguiendo entre privativas de libertad (internamiento en centro psiquiátrico, de deshabitación o educativo especial) y no privativas de libertad (la inhabilitación profesional, la expulsión del territorio nacional de extranjeros no residentes legalmente en España, la libertad vigilada, la custodia familiar, la privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores, la privación del derecho a la tenencia y porte de armas), que como vemos guarda una cierta analogía con la enumeración de las penas del art. 33.³⁷

La regulación de las medidas privativas de libertad, en las cuales nos centraremos, se encuentra en la Sección 1ª del Capítulo II de este Título IV, y parecen referirse, de manera exclusiva, a las tres primeras circunstancias eximentes previstas en el art. 20, si bien lo expresa en términos facultativos; se entiende que la privación de libertad como medida de seguridad sólo cabe en casos en los que resulte necesario, y en ningún caso si la pena impuesta no hubiera sido la privativa de libertad, operando del mismo modo en caso de tratarse de eximentes incompletas (art. 104).

El CPE relaciona las circunstancias del art. 20 con una medida de seguridad en concreto; el internamiento previsto para la primera situación estaría orientado al tratamiento médico o a una educación especial (101), para la segunda situación, se trataría de un centro de deshabitación público o debidamente homologado (102), y para la tercera, un centro de educación especial (103), si bien se admite la aplicación de otras medidas previstas en el art. 96.3 (no privativas de libertad, desarrolladas en la sección siguiente).

³⁷ El art. 33 CPE, en sus apartados 2, 3 y 4 contempla la inhabilitación profesional, la libertad vigilada, la privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores, la privación del derecho a la tenencia y porte de armas durante un tiempo determinado, que varía en función de la gravedad de la pena.

2.3. LEY ORGÁNICA GENERAL PENITENCIARIA

La Ley Orgánica 1/1979 de 26 de septiembre General Penitenciaria establece los criterios normativos que deben regir, en todo caso, la ejecución de la pena privativa de libertad. Es decir, el presupuesto para la aplicación de esta normativa es el ingreso de una persona en prisión, sea para el cumplimiento de una pena o no, salvo las cláusulas relativas al tratamiento penitenciario parecen entenderse aplicables a los condenados con exclusividad.

Se regulan las condiciones de la permanencia de los internos en prisión, y en particular, la preservación de la salud física y mental como un deber de la Administración. En efecto, los arts. 36, 37 y 38 equiparan la salud mental a la física, en el sentido de que reconocen ambas como bienes jurídicos importantes para el recluso; el art. 36 establece como preceptiva la presencia de *un Médico general con conocimientos psiquiátricos encargado de cuidar de la salud física y mental de los internos*, y el 37 en su apartado b) señala la necesidad de que exista *una dependencia destinada a la observación psiquiátrica y a la atención de los toxicómanos* (junto con la enfermería y la unidad de enfermos contagiosos). Estos dos preceptos, en particular el 36, no parecen excluir la asistencia de especialistas externos que el interno pueda costearse (salvo que motivos de seguridad no resulte conveniente), ni la asistencia en hospitales y otros servicios asistenciales de carácter penitenciario (si bien en estos dos casos no se distingue entre salud mental y física). Del mismo modo, el art. 38 preceptúa la elaboración de un diagnóstico psiquiátrico que determine cuál será la situación penitenciaria del interno.

Se observa que la ley otorga una relevancia a la salud mental del interno, pues se considera un elemento fundamental en el tratamiento penitenciario. Este fin, que se orienta a la reinserción y reeducación del penado, debe alcanzarse a través de diversas actividades (art. 59), que se concretan atendiendo a las peculiaridades ambientales y personales del reo (art. 60). Se entiende, en términos de la doctrina, que la concepción que la propia ley ofrece sobre el tratamiento penitenciario es puramente clínica, quizá por la influencia de las ciencias criminológicas y la psicología clínica, en el que se individualiza la situación del penado en busca del mejor tratamiento posible para su caso.³⁸ Este es el principio de individualización o

³⁸ T. MONTERO HERNANZ, *Manual de Derecho Penitenciario*, 2015, pp. 185-186.

especialización de la pena, que si bien puede entenderse en un sentido amplio al señalar tres momentos para su observación, siendo el primero el legislativo (o previsión legal de las penas susceptibles de imposición) y el segundo el judicial (la adaptación a la persona concreta conforme al delito cometido), nos interesa una tercera fase, la de auténtica individualización; se trata de una labor atribuida estrictamente a la administración penitenciaria, pues consiste, como ya se mencionaba, en establecer las condiciones de cumplimiento de acuerdo con las necesidades del interno, al entenderse que el juez no posee los conocimientos especializados y criminológicos necesarios para las situaciones particulares de los internos, y de este modo se construye la especialización e individualización en la actualidad. Como veremos más adelante, la especialización requiere de la coordinación de diferentes elementos relacionados con el tratamiento, el módulo penitenciario, las salidas y los beneficios.³⁹ La LOGP señala elementos específicos donde el perfil individual del interno determina el modo de cumplimiento de la pena, y en su caso de la medida de seguridad, precisándose bajo este criterio el centro especializado idóneo para ello (art. 68.1), la coordinación entre las actividades del centro (71.2) y el régimen penitenciario aplicable conforme a la clasificación en grado, denominada individualización científica (art.72.1).

El éxito del tratamiento estará condicionado, en gran medida, por la salud mental del condenado, por lo que se aceptarán programas de naturaleza asistencial. El art. 66, por ejemplo, propone el método de la comunidad terapéutica. Derivado de la comprensión del art. 67, podemos deducir que la evolución psicológica del reo debe constar en el informe (que se emite al concluir el tratamiento o próximo al final de la condena) en el que se analizan los resultados del cumplimiento de la pena, en el que se establece, además, la probabilidad de que los efectos de dicho tratamiento persistan en el sujeto una vez que la pena ha concluido.

2.4. REGLAMENTO PENITENCIARIO

El Real Decreto 190/1996 de 9 de febrero ofrece una regulación más extensa sobre la base de los principios ya enunciados en la LOGP; de nuevo, lo que está dispuesto en este texto parece hacer referencia a toda la población penitenciaria (distinguiendo, en algunos casos, entre

³⁹ R.M. MATA MARTÍN, *Fundamentos del Sistema Penitenciario*, 2016, p. 219.

penados y preventivos), salvo las especialidades que expresamente están indicadas en relación con el régimen disciplinario, a lo cual nos referiremos más adelante. Podemos destacar algunos preceptos que deben tenerse en consideración para la correcta integración de las personas con anomalías psíquicas en los establecimientos penitenciarios.

Los arts. 11 y 12 se refieren a la infraestructura propia de los establecimientos penitenciarios, que debe permitir el orden y el desarrollo de las actividades propias de los tratamientos, reconociendo la existencia de los establecimientos polivalentes, así como el sistema modular. Además, se prevé la creación de establecimientos especiales, centros de deshabitación y unidades psiquiátricas para la asistencia de internos con necesidades asistenciales específicas.

La separación interior, ya prevista en el art.16 LOGP, se reitera en el art. 99 de este Real Decreto, añadiendo la necesidad de que esta separación entre los condenados debe realizarse en atención a las exigencias del tratamiento.

El Capítulo II del Título V se refiere a la inclusión de programas de tratamiento; en el ámbito de la salud mental (aparte de las implicaciones que vayan a tener las participación en actividades comunes y las salidas del centro penitenciario) van a tener especial relevancia los grupos de comunidad terapéutica (art. 115), los programas de actuación especializada (art. 116) y las medidas regimentales para la ejecución de programas especializados para penados clasificados en segundo grado (art. 117). Asimismo, se da prioridad en la impartición de la formación básica a personas con problemas específicos para el acceso a la educación (art. 123.3).

A diferencia de lo que establecía la LOGP, el Reglamento no limita la función de la pena de prisión a un aspecto meramente clínico (enfocado a “curar” al reo de la “enfermedad” que le llevaría a actuar contra la ley), sino que añade la función resocializadora (conforme al art.110).

2.5. EL PROTOCOLO DE APLICACIÓN DEL PROGRAMA MARCO DE ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMOS MENTALES EN CENTROS PENITENCIARIOS, POR LA ORDEN CIRCULAR DE 2009

Este documento reemplaza al anterior Plan de Salud Mental de Instituciones Penitenciarias (2007), y en su presentación justifica su necesidad en la existencia de una población penitenciaria con un elevado número de enfermedades mentales, y además de diversa naturaleza. El objetivo sería establecer un programa eficaz de detección, diagnóstico y tratamiento de estos enfermos mentales *graves o crónicos*, favoreciendo por un lado a su recuperación psíquica y a la función rehabilitadora y resocializadora de la condena, como un elemento del tratamiento penitenciario.

2.6. LAS INSTRUCCIONES DE LA SECRETARÍA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

Estas disposiciones, entendidas en los términos que establece el art. 6.1 de la Ley 40/2015 sobre el Régimen Jurídico del Sector Público⁴⁰, resultan útiles en el ámbito interno de la Administración. Se trata de protocolos sobre la organización interna y el funcionamiento de los órganos dependientes de la SGIIPP. En el ámbito de la salud mental, caben destacar las siguientes:

- a) Instrucción 12/2006 de programación, evaluación e incentivación de programas de tratamiento: como se desarrolla en el Capítulo 3, esta Instrucción encontraría su fundamento en la diversidad cuantitativa y cualitativa de recursos, de modo que enfatiza en la necesidad de que el programa de tratamiento se determine atendiendo a las circunstancias particulares de cada reo, siendo esta *la primera tarea a la que deben enfrentarse todos los profesionales de la Institución Penitenciaria* (pág. 2 de la Instrucción), y se hará a través de la elaboración del Programa Individualizado de Tratamiento (PIT). En este sentido, señala el deber de las instituciones penitenciarias de disponer de medios suficientes dirigidos a fomentar la participación de los internos

⁴⁰ Art.6 LRJSP: *Los órganos administrativos podrán dirigir las actividades de sus órganos jerárquicamente dependientes mediante instrucciones y órdenes de servicio.*

- en las actividades que formen parte del tratamiento. Indica 3 bloques de procedimientos, que la institución debe seguir con el fin de que los reos tengan la posibilidad de emprender las actividades acordes al tratamiento que necesitan.
- El Procedimiento 1 o de programación consiste en la elaboración por parte del centro penitenciario de un catálogo de actividades educativas (que tienen carácter prioritario), deportivas y culturales, que se inscribirá en el Sistema de Información Penitenciario, incorporando un programa atendiendo a la disponibilidad económica de la institución, y fomentando la colaboración con otras *Administraciones públicas, empresas y ONG's*, mediante convenios.⁴¹
 - El Procedimiento 2 consiste en la implementación de medidas para la aplicación de programas específicos de tratamiento, donde el criterio del equipo multidisciplinar tiene un peso relevante. Se trata de diseñar los programas específicos, ofrecer a los profesionales la formación necesaria para aplicarlo, establecer mecanismos de seguimiento y evaluación.
 - El Procedimiento 3 o de incentivación de la participación de internos en actividades y programas de tratamiento se presenta ex post, una vez ingresado el reo en el centro penitenciario que ya ha establecido programas de tratamiento. Se trata de asignar actividades prioritarias (dirigidas a suplir las carencias del sujeto) y complementarias (dirigidas a que el sujeto pueda llevar un estilo de vida saludable) acordes a su tratamiento, pero también de invitarle a aceptarlas voluntariamente (recordamos que la aceptación y participación es voluntaria, conforme al art. 112 RP), mediante incentivos, de recompensas y beneficios penitenciarios.⁴²
- b) La Instrucción 18/2007, sobre el uso de sujeciones mecánicas en los centros penitenciarios.
 - c) La Instrucción 3/2011, denominado Plan de intervención general en materia de drogas en la institución penitenciaria, se elaboró ante el incremento de una población

⁴¹ Página 5 de la Instrucción 12/2006 de la SGIIPP.

⁴² F. POZUELO RUBIO, “Los Programas Específicos de Tratamiento, rindiendo homenaje a los 40 años de la Ley Orgánica General Penitenciaria 1/1979”, *Revista de Estudios Penitenciarios* extra 2019, p. 251.

reclusa drogodependiente, y en consecuencia, establece mecanismos de intervención del tráfico de sustancias en los centros penitenciarios, pero también propone métodos terapéuticos para el tratamiento de los reos, y la creación de una comisión de seguimiento, así como medidas de sensibilización en información.

- d) La Instrucción 19/2011 de 16 de noviembre: regula el cumplimiento de las medidas de seguridad cuando deban desarrollarse en instituciones penitenciarias de régimen ordinario. El texto insiste en el carácter terapéutico de esta situación, y en consecuencia, no se cabría el uso de facultades disciplinarias previstas para el condenado común, si bien se admite el uso de medidas coercitivas.⁴³
- e) La Instrucción 9/2014, de 14 de julio, sobre la Organización y funcionamiento de las Unidades Terapéutico-Educativas, establece una vía de tratamiento especial en relación con lo dispuesto en la Instrucción de 3/2011. Se trataría de un módulo penitenciario, el denominado UTE.
- f) La Instrucción 2/2020, de 17 de julio, sobre el Procedimiento de actuación para posibilitar la aplicación de lo dispuesto en el art. 60 CPE.

2.7. EL REAL DECRETO 75/1990 POR EL QUE SE REGULAN TRATAMIENTOS CON OPIÁCEOS DE PERSONAS DEPENDIENTES DE LOS MISMOS Y LA REFORMA POR REAL DECRETO 5/1996

Se establece una regulación para el suministro de unos tratamientos para la dependencia del consumo de opiáceos, determinados en un anexo al texto. La particularidad de este protocolo es que, a tenor de su art. 2, solamente resulta aplicable a Centros o Servicios Sanitarios públicos o privados sin ánimo de lucro autorizados por las Administraciones Sanitarias Autonómicas o por el Ministerio de Sanidad y Consumo, añadiendo, con idénticos requisitos, a los centros penitenciarios, si es considerado oportuno por la autoridad sanitaria de la Comunidad Autónoma con competencias cedidas en esta materia.

⁴³ H. ROLDÁN BARBERO, op. cit. p. 14, teniendo en cuenta en apartado 2.5 de la Instrucción 19/2011.

2.8. INSTRUMENTOS DE DERECHO INTERNACIONAL PÚBLICO

2.8.1. Protocolo Facultativo a la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, firmado en Nueva York el 13 de diciembre de 2006, ratificado por España el 21 de abril de 2008

Este instrumento daría lugar a una percepción más igualitaria de las personas con discapacidad; en este sentido, se han articulado mecanismos para fomentar su adaptación al entorno, incluyendo el penitenciario. Se han articulado mecanismos para que las personas con discapacidad puedan desarrollar su estancia en prisión sin mayores obstáculos físicos ni comunicativos.

2.8.2. La Convención Europea para la Prevención de la Tortura y de las penas o tratos inhumanos y degradantes (Estrasburgo, 26 de noviembre de 1987), por el que se crea la CPT

Los informes elaborados por la CPT esclarecen en gran medida la situación de los países en relación con el cumplimiento del art. 3 CEDH.⁴⁴ Su elaboración es anual, y a través de él se formulan observaciones, propuestas y solicitudes a los estados. No se trata de un elemento normativo en sentido estricto, pero resulta de especial utilidad para determinar la fidelidad a la ley y a los Derechos Humanos con los que la privación de libertad se ve revestida. Las recomendaciones y observaciones han tenido una gran relevancia en materia de salud mental.

⁴⁴ Art. 3 CEDH: *Nadie podrá ser sometido a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes.*

CAPÍTULO 3. EL ENFERMO MENTAL EN EL CUMPLIMIENTO DE LA PENA

3.1. PRESENCIA EN EL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN PENITENCIARIA, CON ESPECIAL ÉNFASIS EN EL TERCER GRADO PENITENCIARIO Y EN EL CONTACTO CON EL MUNDO EXTERIOR

La regulación de la materia penitenciaria ya anticipa la siguiente situación: cabe la posibilidad de que el condenado a privación de libertad en un centro penitenciario presente, en algún momento, algún tipo de trastorno mental. Si bien es posible que dicha anomalía se presente durante la ejecución de la condena, hay situaciones en las que esta situación ya estaría patente desde el comienzo de la ejecución, e incluso hubiera tenido relevancia durante el proceso penal. Es decir, podemos encontrar casos en los que la enfermedad mental forme parte del sujeto, y por ello, una circunstancia que se debe tener en cuenta durante su permanencia en prisión, pues el tratamiento debe ceñirse a dicho rasgo de la persona.

Mata Martín señala que esta situación ya debe ser tenida en consideración en el momento de la elaboración del PIT (Programa Individual de Tratamiento), y tendrá influencia en el sistema de clasificación penitenciaria, sabiendo que la efectividad o el fracaso del tratamiento permiten una revisión periódica de la situación del recluso, una actualización acorde a sus necesidades. El motivo por el que se debe mantener a los reos en unas condiciones específicas para su tratamiento no responde únicamente a la función resocializadora de la pena, sino también a una necesidad imperativa de mantener el buen orden interno en el propio establecimiento penitenciario, el cual debe estar provisto de los medios precisos para anticiparse y resolver cualquier tipo de situación (en particular, la quiebra mental del reo); el art. 12 LOGP señala a la obligatoriedad de que los centros penitenciarios dispongan de medios que permitan una vida de colectividad adecuada y una adecuada clasificación de los internos (aunque la referencia al ámbito sanitario que se incluye dentro de la enumeración que incorpora se limita a la enfermería), y debe disponer de medios materiales y personales necesarios para el fin que se persigue (art. 14).⁴⁵

⁴⁵ R.M. MATA MARTÍN, “La protección de la salud mental en los centros penitenciarios”, *Salud Mental y Privación de Libertad*, 2021, pp. 39-43.

Por otro lado, el cumplimiento de la pena y la puesta en libertad del reo deben ir, en todo caso, precedidos de un informe en el que se reflejen las peculiaridades del sujeto, en atención a su complexión, capacidades, aptitudes, entorno y peligrosidad, con el fin de elaborar un pronóstico inicial que resultará útil para la asignación de un tratamiento constituido por diversos programas y la asignación del reo en un módulo u otro, de acuerdo con el tratamiento individualizado que su situación biológica, psiquiátrica, psicológica, pedagógica y social requiera (art. 62); además, se abrirá un expediente personal en el que conste su situación procesal y penitenciaria (art. 15). Cabe señalar que la Ley Orgánica General Penitenciaria en su art. 16 ya prevé la separación de los internos en atención a criterios como *el sexo, la emotividad, edad, antecedentes, estado físico y mental, y las exigencias del tratamiento, (en este caso, sólo con respecto a la situación de los penados, pues a ellos se les aplicará el tratamiento en un sentido estricto)*, estableciendo a continuación un régimen preceptivo de separación; sin embargo, y así lo entiende Baras González, la experiencia de los funcionarios no quedaría excluida en la determinación del destino de los internos en el centro penitenciario⁴⁶; con rasgos generales, se debe separar a las mujeres de los hombres (salvo casos excepcionales, como los módulos de respeto), a detenidos y presos de condenados, a primarios de reincidentes, a jóvenes (serían los menores de 25 años) de adultos, los detenidos y presos por delitos dolosos de los que lo estén por delito cometido por imprudencia, y a los mismos efectos, se debe separar a aquellos *internos con enfermedades físicas y psíquicas de aquellos que puedan seguir el régimen normal del establecimiento*.

Si bien los desarrollaremos más adelante, a los internos con unas condiciones particulares se les puede aplicar un programa de actuación especializada, algunas de carácter voluntario, previstos en los arts. 116 y 117 RP. La normativa se refiere, especialmente, al tratamiento de drogodependientes y delincuentes sexuales, pero también encajaría en estos términos, la asistencia de enfermos mentales, extranjeros, menores de edad y condenados por conductas violentas.⁴⁷

⁴⁶ M. BARAS GONZÁLEZ, “El régimen penitenciario”, *Derecho Penitenciario: Enseñanza y Aprendizaje*, 2015, p. 118.

⁴⁷ S. CUTIÑO RAYA, *Algunos datos sobre la realidad del tratamiento en las prisiones españolas*, pp 16 y ss. Disponible en <http://criminnet.ugr.es/recpc/17/recpc17-11.pdf>

Se prevé, asimismo, que se lleve a cabo un seguimiento del liberado, que a menudo consistirá en la persistencia del tratamiento que estuviera recibiendo durante la ejecución de la pena. En esta etapa se busca prevenir una situación de desamparo en el excarcelado que ponga en riesgo el éxito del tratamiento. En el caso del reo que padezca una enfermedad mental, este seguimiento debe ser más riguroso pues el sujeto tendrá, previsiblemente, una mayor dificultad para adaptarse a la vida en libertad, independientemente de su anterior situación de recluso, que es siempre una carga adicional. En este sentido puede hablarse del fenómeno de la excarcelación tutelada, ofreciendo así al excarcelado una vía de acceso a recursos *materiales y terapéuticos*. La situación más usual es que el excarcelado pase a ser atendido por sus familiares, pero de no ser así, la institución penitenciaria establecerá los medios para asegurar la protección del sujeto; puede tratarse de una propuesta de incapacitación para la posterior asistencia de un tutor, pero también puede resultar en el internamiento en una Institución Asistencial.⁴⁸

Es necesario recordar que el modelo progresivo por el que se rige el sistema penitenciario español permite el cumplimiento de la pena privativa de libertad fuera del establecimiento penitenciario. En una mención sucinta sobre esta materia, la LOGP establece las disposiciones generales sobre el régimen en los arts. 73, 74 y 75, estableciendo tres regímenes. El primero o cerrado, destinado a internos que muestren una peligrosidad extrema o inadaptación a los otros regímenes (se caracteriza por limitaciones en la realización de actividades comunes y en una supervisión más rigurosa por parte de la institución); el segundo u ordinario, que es el más frecuente, establece medidas para que el interno pueda tener un acceso progresivo a la vida en libertad (se establecen actividades comunes, se permite el acceso al trabajo y a la educación, etc); el tercer régimen o abierto permite, en diferentes modalidades, que el penado tenga un acceso más cercano a la libertad (normalmente, consiste en salidas de fines de semana o el abandono del establecimiento penitenciario en horas diurnas para acudir a puestos de trabajo o de formación).

⁴⁸ R.M. MATA MARTÍN, *Salud Mental y Privación de Libertad*, 2021, pp. 41-43.

El reo, aunque presente alguna enfermedad mental que comprometa el desempeño de una vida cotidiana ordinaria fuera de prisión, dispone de la posibilidad de acceder al tercer grado penitenciario y al beneficio de la libertad condicional, pues no queda excluido del sistema de la progresión en grado. En este sentido, se ha articulado un mecanismo que permite que esta aproximación del penado enfermo mental a la vida en libertad no presente unas dificultades especialmente gravosas para el reo con enfermedad mental grave, buscando favorecer su inserción en la sociedad; se trata del Programa Puente de Mediación Social, que se lleva a cabo en los CIS, siguiendo un modelo dividido en fases⁴⁹, posibilitando incluso el acceso del penado al mundo laboral a través de la entidad REINCORPORA.⁵⁰ Se trata de un proyecto propuesto por Obra Social “la Caixa”, que desde 2011 ha obtenido unos resultados muy prometedores, de un éxito aproximado del 70% en la labor de insertar a reclusos en el ámbito laboral, siguiendo un proceso de *posicionamiento ante el empleo; formación y prácticas no laborales; servicios solidarios, y búsqueda activa de empleo e inserción laboral*.⁵¹

En un sentido similar, advertimos que existen tratamientos dispuestos para los condenados en situación de drogodependencia, los cuales desarrollaremos en este mismo capítulo, y que resulta conveniente su continuación una vez se ha cumplido la pena y el excarcelado ya no depende del centro penitenciario; a modo de ejemplo, el tratamiento de prescripción y dispensación con metadona prescribe una eventual remisión del centro penitenciario al centro terapéutico comunitario para que el excarcelado (o incluso el condenado que disfrute de un permiso de salida o de libertad condicional) pueda continuar con su tratamiento fuera del centro penitenciario (2.4.1 de la Instrucción 3/2011).

Por otro lado, se prevé la existencia de Centros de Inserción Social adscritos a la prisión (arts. 163 y ss RP), que operan ante el acceso al tercer grado de los penados, y excepcionalmente con

⁴⁹ C. ZABALA BAÑOS, op. cit. p. 63.

⁵⁰ D. GONZÁLEZ TEJEDOR, “El programa de intervención de enfermos mentales en el medio penitenciario” *Salud Mental y Privación de Libertad*, Dirección de Ricardo Mata Martín, Coordinación de Tomás Montero Hernanz, Editorial Bosch, 2021, p. 217.

⁵¹ *Internos del CIS de Algeciras, en el programa Reintegra de “la Caixa”*, Andalucía información, marzo de 2017, disponible en

<https://andaluciainformacion.es/andalucia/662106/internos-del-cis-de-algeciras-en-el-programa-reintegra-de-la-caixa/>

los que hayan accedido al segundo grado, siempre bajo el presupuesto de la confianza en el reo (art. 164.1 RP). El estudio llevado a cabo por Horacio Roldán Barbero revela que, si bien los reos enfermos mentales en fase de estabilización tienen acceso a estos centros, es posible encontrar asociaciones dispuestas a colaborar con las labores adscritas al CIS, al cual regresarían eventualmente, en horario nocturno. El estudio señala el caso de la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM) como un ejemplo de estas entidades colaboradoras, que dispone de un convenio con la Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Si bien esta entidad estaba destinada, en principio, a favorecer a la población con TMG no reclusa, este convenio les permite tratar a reos con estas características ubicados en el tercer grado penitenciario, aunque la expectativa es un aumento progresivo de los pacientes que podrán atender y la diversidad en la situación penitenciaria de los mismos; la instalación consiste en un centro de día, dispuesto para generar una imagen de libertad al no constar de medidas de retención, y en él se llevan a cabo actividades orientadas a la resocialización del enfermo mental, a la interacción con otras personas y a desarrollar actividades sencillas de la vida cotidiana.⁵²

El mismo centro de día opera también en una modalidad aplicable al segundo grado penitenciario, por el que se admitirían las salidas vigiladas si pueden resultar favorables al tratamiento; se trata del modelo de prisión atenuada, cuya diferencia esencial con el tercer grado penitenciario es la necesidad de que el reo regrese a la prisión para pernoctar, y no al CIS.

En consecuencia, observamos cómo el sistema de clasificación penitenciaria, así como su contenido, no es estricto, sino que está abierto a diferentes metodologías y admite elementos de diversa índole en la medida en que resulten favorables al tratamiento del reo.

⁵² H. ROLDÁN BARBERO, *op. cit.* p. 9

3.2. LA INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO PENITENCIARIO EN LA SALUD MENTAL

El tratamiento penitenciario, entendido como el conjunto de actividades orientadas al fin reeducador y resocializador de la pena, va a tener un carácter multidisciplinar, con el que no se buscará solamente que el reo desarrolle competencias que le resulten útiles tras la excarcelación, sino que adquiera otro tipo de valores y conocimientos de los que hasta ese momento carece. La situación particular de cada reo promueve la elaboración de un PIT específico, que puede incluir elementos terapéuticos y asistenciales, educativas, laborales, deportivas y culturales, de modo que el tratamiento responda a sus necesidades específicas, favoreciendo su inclusión en un módulo u otro (algunos ejemplos serían la intervención integral para mujeres, extranjeros, madres, menores de 21 años), pero otros se destinan a condenados por delitos específicos (por ejemplo, los que se aplicaría al condenado por un delito grave, en particular, contra la libertad sexual).⁵³

Pozuelo Rubio señala que esta variedad de actividades que configuran el tratamiento responde a un aumento considerable del número de población reclusa y a la variedad de particularidades que se han ido planteando; cabría distinguir entre actividades prioritarias (relacionadas directamente con el elemento delictivo, orientados a suplir las carencias del sujeto que le han llevado a delinquir) y complementarios (aparecen junto a las principales, pero están orientados a la inculcación de valores en el sujeto).⁵⁴

Los condenados que presenten alguna anomalía psíquica no son ajenos a esta rigurosa y específica enumeración de tratamientos, atendiendo a la multiplicidad de casos y peculiaridades que cada sujeto pueda plantear; la enumeración que hace Pozuelo Rubio nos ayuda a identificar cuáles son las principales vías de tratamiento que se emplean sobre diferentes grupos de internos con anomalías psíquicas:

- *Programas de atención a drogodependencias y alcoholismo* entre los que se encuentran los que se desarrollan en los módulos terapéuticos y comunidades

⁵³ C. ZABALA BAÑOS, cit. op. p. 52.

⁵⁴ F. POZUELO RUBIO, op. cit. pp. 247 y ss.

intrapenitenciarias, los programas de reducción del daño como el intercambio de jeringuillas y el mantenimiento de metadona, los programas de educación para la salud y los programas de intervención de recaídas

- *Programas de intervención para internos con discapacidad intelectual*; la prioridad en este ámbito es que el interno adquiera autonomía, pero también se reconoce la necesidad de formar al personal de los establecimientos para que puedan atender diferentes necesidades de esta población (incluyendo a aquellos que padezcan una discapacidad física o sensorial)
- Programas de juego patológico, destinado a internos con ludopatía. Cabe señalar que esta condición está reconocida como un trastorno de control de los impulsos, *caracterizado por un modelo de adicción sin tóxico que es capaz de producir excitación y escape*, en el que el enfermo *se va haciendo crónica y progresivamente incapaz de resistir el impulso de jugar*.⁵⁵
- *Programa de terapia asistida con animales (TACA)* destinado a internos emocionalmente inestables con problemas de afectividad, baja autoestima, problemas de adaptación y dificultades para controlar su conducta, déficit de relaciones interpersonales e internos con patología psiquiátrica.

Nos hemos referido a aquellos programas de tratamiento relacionados de una manera más estrecha con el ámbito de la salud mental, pero también podrían indicarse otros de cierta relevancia, como el PCAS (para el control de la conducta sexual), el de normalización de conductas (para la correcta integración del interno en el centro penitenciario) o el PICOVI (para la prevención de conductas violentas).⁵⁶

El programa o módulo PAIEM, quizá el más relevante en esta situación, lo veremos más adelante.

⁵⁵ Información extraída del artículo núm. 21 de la revista "*Ludopatía y Salud Mental*", de 2013, editada por la Asociación Alavesa de Jugadores en Rehabilitación con la colaboración de la Diputación Foral de Álava y el Dpto. de Asuntos Sociales y de las Personas Mayores y Empleo (Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz), disponible en http://www.onlinezurekin.net/archivos/revista/revista21_cas.pdf

⁵⁶ F. POZUELO RUBIO, op. cit. pp. 250-259.

3.3. EL MODELO ANTROPOLÓGICO DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL (MARPS)

Atendiendo a los estudios elaborados por Vargas Aragón, nos encontramos con la existencia de cuatro situaciones cuya complejidad dificultan el desarrollo del adecuado tratamiento en el centro penitenciario; como ya adelantábamos, la prisión se configura como una institución social, cuya incidencia sobre las personas puede generar algún tipo de trastorno psíquico o empeorar los que ya estuvieran presentes, impidiendo de este modo que la función rehabilitadora y resocializadora de la pena se complete con normalidad. En este sentido, se ha desarrollado el Modelo Antropológico de Rehabilitación Psicosocial, con el que se pretende que el individuo sea capaz de configurar su propia identidad y adaptarla, por un lado, a las circunstancias de su entorno (por ejemplo, adaptarse al cambio que supone ingresar en un centro penitenciario y posteriormente volver a vivir en libertad) como en su propio ser (por ejemplo, al desarrollar la enfermedad mental).

Encontramos el fundamento de la rehabilitación psicosocial en la idea de que la identidad del individuo está condicionada por el estado de su mente y en cómo se integra este en su entorno (en la sociedad), teniendo en cuenta que esta interacción con el grupo social depende de la autonomía del individuo, en la medida en que este tenga capacidad para asumir responsabilidades. En términos generales, la rehabilitación psicosocial buscará la integración del individuo (el condenado) que padezca un problema mental en un contexto social y cultural en un sentido en que se prevenga el aislamiento. Si bien resultaría más conveniente averiguar cómo curar la enfermedad mental del sujeto, lo cierto es que va a ser frecuente que esta persista y pase a formar parte de su vida; la rehabilitación psicosocial buscará que esta situación no sea un motivo de inhibición del sujeto para vivir en sociedad, sino que tanto él como la comunidad se haga consciente de ello y se faciliten herramientas para que la identidad del individuo (la cual estará, en parte, condicionada por su trastorno psíquico) no obstaculice su integración en la comunidad.⁵⁷

⁵⁷ M.L. VARGAS ARAGÓN, "Rehabilitación psicosocial como rehabilitación personal: la frontera justicia/salud", *Salud Mental y Privación de Libertad*, Dirección de Ricardo Mata Martín, Coordinación de Tomás Montero Hernanz, Editorial Bosch, 2021, p. 201.

Una característica esencial de este modelo es que no abarca la atención al enfermo en un único aspecto, sino que su desarrollo comprende diferentes perspectivas; es decir, se trata de un proceso multidisciplinario, que se construye desde diversas materias (al igual que el tratamiento, depende de la necesidad concreta del enfermo) en el que la adquisición de valores es esencial. Se trata, por tanto, de un modelo integrado donde las disciplinas que se pretenden aplicar al interno enfermo mental coexisten y deben interactuar; no podría concebirse que la rehabilitación psicológica operase con independencia de la social, por lo que los especialistas a cargo de una y otra deben integrar a sus propios conocimientos sobre el aspecto que atienden aquellos elementos que puedan resultar efectivos en este proceso de rehabilitación.⁵⁸

Este proceso debe desarrollarse bajo la supervisión de un grupo de profesionales (psiquiatras, psicólogos, trabajadores y educadores sociales) que deben operar de manera coordinada, y se desarrolla en cuatro etapas: 1º) Desaprensión (consiste en asistir al enfermo y a sus familiares para que rechacen aquellos estigmas, estereotipos o etiquetas que hasta entonces han envuelto la condición del enfermo, es decir, eliminar aquellas actitudes negativas hacia un problema, no con vistas a reprimirlo sino a asumirlo), 2º) Apoyo (supone evitar que la persona se sienta etiquetada y condicionada por el tratamiento; se pretende que el tratamiento sirva para que el enfermo desarrolle por sí mismo una identidad, no para que se adapte a una preconcebida y condicionada por su enfermedad, es decir, individualizar al sujeto y establecer mecanismos acordes a su situación particular), 3º) Planificación (se trata de establecer objetivos progresivamente, cuya dificultad sea proporcional a su distancia en el tiempo) y 4º) Ajuste (se atiende a las circunstancias personales del reo, a su enfermedad y a su entorno para configurar la rehabilitación de un modo más favorable).⁵⁹

La rehabilitación psicosocial puede entenderse como un elemento propio y necesario en la ejecución de las penas; el carácter de la prisión, en cuanto a una institución total, va a favorecer la aplicación de este modelo a través de los diferentes tratamientos y actividades especificados en el PIT, y que desarrollados conjuntamente, estarían contribuyendo a este objetivo de rehabilitación psicosocial. La presencia de personas con enfermedades mentales en

⁵⁸ M.L. VARGAS ARAGÓN op. cit. 204 y 205.

⁵⁹ M.L. VARGAS ARAGÓN, op. cit. pp 208-211.

prisión motiva que la rehabilitación disponga de un componente asistencial dirigido al tratamiento de la patología, bien para una recesión de la misma o bien para que su incidencia en la vida en libertad sea ínfima.

3.4. EL MÓDULO PAIEM

El modelo para la rehabilitación psicosocial que hemos descrito en el apartado anterior se ha concretado en España a través del planteamiento, desde 2009, del Programa de Atención Integral al Enfermo Mental, y la creación de los módulos PAIEM. Si bien este programa modular pretende proveer el adecuado tratamiento al condenado con enfermedad mental, lo cierto es que parece estar enfocado a aquellos reclusos que presentan un Trastorno Mental Grave (TMG). Por otro lado, Esther Hava especifica que este módulo acoge tanto a enfermos mentales que, habiendo sido reconocidos como tal en el juicio, su condición no resultaba tan significativa como para reconocerles como inimputables y aplicarles una medida de seguridad (es decir, se les aplica la privación de libertad pero no en un centro psiquiátrico, sino penitenciario) y aquellos cuyo trastorno se manifiesta durante la ejecución de la pena al no ser posible aplicar el art. 60 CPE y sustituir la pena por una medida de seguridad; no se incluyen en este módulo, por tanto, los internos que presenten una discapacidad cognitiva o de desarrollo (como especifica el Programa), ni los considerados inimputables especialmente peligrosos. Desde una perspectiva más concreta, Esther Hava opina que este protocolo de atención integral estaría dirigido especialmente a enfermos del espectro esquizofrénico.⁶⁰ En cualquier caso, se trata de una iniciativa que desde su implementación en 2009 ha tenido una notable aceptación, en el sentido de que su implementación en los establecimientos penitenciarios españoles ha sido casi absoluta (67 de 69 centros cuentan con este programa).⁶¹ Sin embargo, parece que son escasos los internos adscritos a este programa; en 2020, aproximadamente el 3'29 % de la población penitenciaria total.⁶²

⁶⁰ E.H. HAVA GARCÍA, “Enfermedad mental y prisión: análisis de la situación penal y penitenciaria de las personas con TMG”, *Estudios Penales y Criminológicos*, vol. XLI, 2021, p. 27. Disponible en <https://doi.org/10.15304/epc.41.6718>

⁶¹ D. GONZÁLEZ TEJEDOR, op. cit. p. 217.

⁶² D. GONZÁLEZ TEJEDOR, op. cit. p. 219.

El carácter multidisciplinar de este programa se puede observar en que se desarrolla bajo la supervisión de especialistas en diversas materias, pero también se busca la colaboración de agentes extra-penitenciarios, en particular, de las ONG's. Puede decirse que la derivación a un módulo PAIEM tiene por fin la articulación de mecanismos para el adecuado tratamiento de la enfermedad mental en la prisión, pero manteniendo ese fin resocializador propio de la institución. El PAIEM refleja las características que ya señalábamos acerca de la rehabilitación psicosocial, en el sentido de que su buen funcionamiento requiere de la diligencia de los profesionales que intervengan en ello. Prueba de ello, y así lo establece Arroyo Cobo, es el requisito de una formación continuada que los profesionales asistenciales deben mantener a través de cursos de sesenta horas cada seis meses.

Debido al carácter complejo y genérico del PAIEM no cabe referirse a ello como un tratamiento; se trata, si acaso, de un módulo específico que facilita el acceso del interno (una persona con TMG, se trate de un condenado o de un sujeto en régimen de preventivos) a otros programas asistenciales que sí constituyen tratamientos, así como la canalización de las necesidades del interno hacia profesionales externos.⁶³

El Protocolo para la aplicación de los Módulos PAIEM en su epígrafe segundo enumera los objetivos que se persiguen con la aplicación de este programa en los reos, resaltando el carácter terapéutico (en la medida en que el centro penitenciario está velando por la salud del paciente, conforme al art. 4.3 LOGP) y reinsertador (entendiendo este como el fin último de la pena, conforme al art. 25.2 CE), y en consecuencia se observan, de nuevo, los caracteres del modelo de atención psicosocial; estos objetivos se distribuyen en fases, que consisten en la recuperación de la salud del enfermo (a través de la *detección, diagnóstico y tratamiento*), superar los efectos negativos de la enfermedad (se busca *mejorar la calidad de vida de los enfermos mentales, aumentando su autonomía personal y la adaptación al entorno*) y continuar con el tratamiento, cuidados y apoyo (ante la previsión de que el reo abandone el centro penitenciario eventualmente, por lo que se deben articular medios para asegurar su

⁶³ J.M ARROYO COBO, "Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo", *Revista Española de Sanidad Penitenciaria* 2011 p. 50

reincorporación social, conforme a los recursos socio-sanitarios comunitarios). En este ámbito resultará de especial utilidad la asignación de un tutor (que será, necesariamente, un profesional del equipo multidisciplinar) a cada interno enfermo, quien realizará funciones de seguimiento, pero también es un foco de seguridad para el reo.⁶⁴

De un modo sucinto, podemos indicar que la inclusión en el PAIEM conlleva una clasificación del interno en 3 niveles posibles; el primero está destinado a internos con un pronóstico de menor riesgo, que incluso pueden desarrollar vida normal en cualquier módulo; los destinados al segundo nivel requieren una supervisión más atenta, aunque pueden convivir en otros módulos y participar en actividades lúdicas, académicas, formativas, es decir, que se mantiene plenamente el objetivo rehabilitador y resocializador del cumplimiento de la pena a pesar del trastorno psíquico; en el tercer nivel, los internos requieren de una supervisión más rigurosa, en términos sanitarios y de vigilancia, puesto que en ellos se observan conductas autodestructivas o de inadaptación al medio penitenciario, por lo que las actividades que realicen estarán dirigidas a mejorar su autonomía y relación con el entorno, por lo que se buscará su promoción del módulo correspondiente (normalmente el de enfermería) al nivel 2.⁶⁵

3.5. EL TRATAMIENTO DIRIGIDO A LA POBLACIÓN DROGODEPENDIENTE Y ALCOHÓLICA

Como ya señalábamos con anterioridad, hay altas cifras de drogodependencia entre la población penitenciaria, de modo que resulta necesario disponer de mecanismos para un óptimo tratamiento a este sector de penados. En este sentido, Rodríguez Yagüe señala que la notable presencia de este colectivo en las prisiones plantearía importantes retos de naturaleza sanitaria, y no exclusivamente a lo relativo a los riesgos derivados del consumo (sobredosis) o de la ausencia del mismo (síndrome de abstinencia, conductas violentas, etc.), sino de enfermedades relacionadas con estos hábitos (enfermedades venéreas, en particular el VIH, tuberculosis, y trastornos mentales). Por estos motivos, la atención a la población reclusa con

⁶⁴ D. GONZÁLEZ TEJEDOR, op. cit. p. 220.

⁶⁵ D. GONZÁLEZ TEJEDOR, op. cit. p. 223.

problemas de dependencia resulta un campo de actuación fundamental en lo relativo al deber del establecimiento penitenciario de preservar la vida y la salud de sus internos.⁶⁶

Es la Instrucción 3/2011 de la SGIIPP la que regula la disciplina interna de la prisión ante este asunto. Si bien esta norma establece medidas de control del tráfico de drogas en la prisión, así como un sistema de evaluación de la oferta y la demanda, su elemento central parece ser el dedicado a los programas para drogodependientes; la exigencia fundamental de estos problemas, en cuanto a sus caracteres fundamentales, es que se atienda al elemento de la pluralidad de circunstancias que se van a presentar entre los reos que van a acudir a estos programas (no ya en atención a sus circunstancias personales, sino a la previsible alteración de su estado mental conforme avance la ejecución de la pena), así como el carácter multidisciplinario de las actividades, lo que requiere de una programación rigurosa, con la presencia de diversos profesionales y entidades coordinados entre sí, procurando la continuidad del proceso de reinserción durante toda la ejecución de la pena, con una vigilancia constante sobre la evolución del reo.⁶⁷ Asimismo, la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas señala la existencia de un itinerario terapéutico que el interno atravesará conforme su situación cambie, pudiendo acceder a programas y niveles de exigencia distintos, compatibles con actividades de carácter general (dirigidas a la población reclusa en general, a través de actividades lúdicas, deportivas, culturales, formativas y de concienciación sanitaria) y otras más específicas (planteadas para el tratamiento de los drogodependientes, con terapias motivacionales, enfocados a la abstinencia o reducción de riesgos, o para preparar la salida del centro penitenciario, mediante el contacto con agentes externos)⁶⁸. Por otro lado, la aplicación de estos programas tendría un importante elemento de voluntariedad, conforme a lo dispuesto en el art. 116 RP, que además insiste en que los tratamientos (especialmente los orientados a la deshabituación) puedan ser aplicados con independencia de la situación procesal del drogodependiente (es decir, que puede tratarse de un interno en situación de preventivos). Parece que tanto la inclusión en los programas de deshabituación como su

⁶⁶ C. RODRÍGUEZ YAGÜE, “La gestión de la sanidad penitenciaria: un reto inmediato del sistema español”, *Salud Mental y Privación de Libertad*, Dirección de Ricardo Mata Martín, Coordinación de Tomás Montero Hernanz, Editorial Bosch, 2021, p. 179.

⁶⁷ Apartado 2.1 de la Instrucción.

⁶⁸ Plan Nacional de Drogas, p. 57.

abandono (denominado alta) pueden ser instados por el interno; en el Auto del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria de Ciudad Real de 10 de octubre de 2012 se señaló como hecho probado que el condenado habría solicitado el alta voluntaria del tratamiento de deshabituación que estaba recibiendo.

Los apartados 2, 3, 4, 5 y 6 de la Instrucción enumeran diversos programas aplicables a estos reclusos. El primero, sobre prevención y educación para la salud, se desarrolla bajo la supervisión del equipo técnico-GAD, se orienta a la concienciación de los reos sobre el peligro que entraña el consumo de drogas, fomentando así su distanciamiento (ya sean adictos o no); se introduce el concepto de mediador de la salud como una de las actividades de mayor importancia en este tratamiento, y consiste en convertir al recluso en un agente de la salud, de modo que la educación sobre la salud que ha recibido (sobre hábitos de higiene, sexo seguro, manejo del estrés, etc) pueda resultar de utilidad al resto de reos.

Un segundo programa es el de intercambio de jeringuillas (PIJ), enfocado como una medida de prevención, dirigida a aquellos reos habituados al consumo de drogas mediante jeringuilla, y que no pueden o no quieren evadir esta práctica, y así lo establece la Guía para la puesta en marcha del PIJ.⁶⁹ Este programa se enfoca hacia técnicas de evasión de las jeringuillas (por ejemplo, sustituir el consumo vía parental por la inhalación), reduciendo así el intercambio de las mismas, y con ello, la transmisión de enfermedades infecciosas (en particular, el VIH), o bien, proporcionando material estéril.

El tercer programa que se plantea es el tratamiento con metadona, que en términos generales, admite dos vertientes:

- Programa de prescripción y dispensación, de bajo umbral: supone suministrar al recluso adicto dosis de metadona para aliviar su dependencia. Con ello se pretende evitar su deterioro físico y mental. Se requerirá de un diagnóstico médico para especificar la dosis correspondiente a cada recluso (conforme al art. 9.1 del RD 75/1990 de 19 de enero), en atención a su grado de dependencia, y

⁶⁹ Página 3 de la Guía, disponible en <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/tbc.pdf>

para establecer la posibilidad de que resulte necesaria la aplicación de un tratamiento específico a un caso de policonsumo. El equipo que supervisa este tratamiento es el sanitario, que coopera con el técnico-GAD en los casos de policonsumo.

- Programa de intervención psicosocial: el suministro de metadona se complementa con intervenciones dirigidas a la rehabilitación social, y admite el acceso del reo a un tratamiento de deshabituación. La administración de la metadona se complementa con otras actividades grupales (apoyo psicológico, educación para la salud, mejora de la asertividad, mejora de la autoestima, habilidades sociales...) y generales, dirigidas a la resocialización. Además, admite su realización fuera del centro penitenciario.

Ambas modalidades requieren de un seguimiento y evaluación constantes, durante las cuales pueden hallarse resultados de policonsumo (es decir, el paciente medicado con metadona está, además, consumiendo otros opiáceos simultáneamente), que en principio no es causa de expulsión del tratamiento, que sólo estaría justificada frente a problemas de adaptación (así se expresa en lo relativo al programa de intervención psicosocial, pero en otros casos se entiende que las causas no pueden ser ajenas al tratamiento). Se trata de un programa enfocado a objetivos de trascendencia personal (reducir la dependencia y mejora del estado físico y mental), pero también influye en la creación de un ambiente menos conflictivo.⁷⁰

Un cuarto programa es el de deshabituación, que buscará alcanzar un período razonable de abstinencia frente al consumo; correspondería al equipo sanitario establecer protocolos genéricos acordes a la adicción, y la subsiguiente abstinencia, a los diferentes tipos de drogas. En este sentido, sería posible distinguir entre dos modalidades diferentes relacionadas ambas con este fin: la desintoxicación (enfocado a la llevanza del síndrome de abstinencia propiamente, que se llevará a cabo compaginando el uso de fármacos y actividades de apoyo) y la deshabituación en sentido estricto (no sólo se dirige a que el reo pueda sobrellevar el

⁷⁰ T. MONTERO HERNANZ, op. cit. p. 204.

síndrome de abstinencia, sino a inculcar un estilo de vida saludable, en el que las drogas no tengan cabida).

La propia Instrucción admite la compatibilidad entre estos programas y los tratamientos farmacológicos, debido a la dificultad que supone para un consumidor activo el abandono de su hábito. Se trata de un programa en el que el seguimiento, realizado a través de analíticas, se dirige a la detección de recaídas, pues los cambios en la situación del condenado determinan las condiciones del programa, así como el grado de exigibilidad, valorando la sustitución de la actividad terapéutica, su suspensión temporal, o la suspensión temporal del programa ante incumplimientos reiterados o graves de las normas.

Cabe hablar, como señala Pozuela Rubio, de los tratamientos de deshabituación del tabaco (generalizado desde 2012, a través de campañas de sensibilización) y del alcohol (desde 2013).. Ambos responden al mismo objetivo que la rehabilitación de la drogodependencia (el desarrollo y la prevención de recaídas). El Programa de alcoholismo (dirigido no solamente a personas alcohólicas o que abusen del alcohol) se enfoca en la adquisición de técnicas de autocontrol útiles ante futuras situaciones de riesgo de consumo y ante el *craving* (o abstinencia del consumo de alcohol).⁷¹

En último lugar se prevén programas de reinserción social, orientado a la preparación de la vida en libertad del recluso. La especialidad radica en la intervención de recursos sociales y dispositivos comunitarios de atención especializada al drogodependiente, que actuarán en coordinación con el establecimiento penitenciario, permitiéndole así continuar con el tratamiento que el entonces excarcelado ya comenzó.

Para el adecuado desarrollo de estos programas, que configuran el tratamiento, la Instrucción señala el uso de dos modalidades de ejecución:

- 1- La intervención ambulatoria: se realizará fuera del establecimiento penitenciario, bien en dependencias específicas acordes a las demandas de cada programa, o bien en centros de día que dispongan de medios para desarrollar los diferentes programas en

⁷¹ F. POZUELO RUBIO, op. cit. p. 219.

grupos de reclusos con circunstancias similares.⁷² Se justifica en el art. 117 RP, para penados clasificados en segundo grado que muestren un perfil favorable (baja peligrosidad y escaso riesgo de evasión).⁷³

- 2- La intervención modular: se desarrolla íntegramente dentro de la prisión, que debe disponer de al menos un módulo íntegramente dirigido al tratamiento de los drogodependientes, denominado Módulo Terapéutico (este es un término genérico, puesto que admite cuatro variantes). En él se ofrece una asistencia constante al reo, y se evita su contacto con los demás internos. De acuerdo con la Instrucción 3/2011, se trata de establecer un espacio socioeducativo o terapéutico en el que las condiciones ambientales sean acordes al fin de este tratamiento, es decir, evitar la influencia de las drogas, compaginándolo con actividades de reinserción social y desarrollo personal. El grupo terapéutico forma una parte esencial de este módulo, organizado en sesiones semanales bajo la supervisión de un profesional, en el que los internos cooperan sí para la adquisición de valores sociales y la asunción progresiva de tareas.

⁷² Intervención sobre Drogas en Centros Penitenciarios, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas p. 65. Disponible en <https://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/209.pdf>

⁷³ Art. 117 RP:

1. Los internos clasificados en segundo grado de tratamiento que presenten un perfil de baja peligrosidad social y no ofrezcan riesgos de quebrantamiento de condena, podrán acudir regularmente a una institución exterior para la realización de un programa concreto de atención especializada, siempre que éste sea necesario para su tratamiento y reinserción social.

2. Esta medida requerirá haber sido planificada con el interno por la Junta de Tratamiento y estará condicionada a que aquél preste su consentimiento y se comprometa formalmente a observar el régimen de vida propio de la institución y las medidas de seguimiento y control que se establezcan en el programa, que no podrán consistir en control personal por miembros de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado.

3. La duración de cada salida diaria no excederá de ocho horas, y el programa del que forme parte requerirá la autorización del Juez de Vigilancia. Si el programa exigiera salidas puntuales o irregulares, la autorización corresponderá al Centro Directivo.

4. La Junta de Tratamiento realizará la coordinación necesaria con la institución para el seguimiento del programa.

5. La participación en el programa podrá ser revocada por decisión voluntaria del interno, por el incumplimiento de las condiciones establecidas o por circunstancias sobrevenidas que justifiquen esta decisión.

Los recursos del establecimiento penitenciario, la composición del equipo de intervención y la pluralidad de perfiles que se pueda encontrar en la prisión admiten la instauración de cuatro tipos de módulo terapéutico preceptivo:

- Módulos UTE: el grupo terapéutico coopera con el equipo multidisciplinar, con vistas a la rehabilitación, la deshabituación y la prevención del consumo entre los potenciales consumidores; es decir, a este módulo pueden estar destinados internos drogodependientes o no consumidores, pero su componente voluntario conlleva que cualquier interno puede solicitar el ingreso a este módulo; la petición se completa con el contrato terapéutico de la UTE (en el que el reo se compromete a cumplir con unas obligaciones específicas relacionadas con el éxito del tratamiento, como renunciar al consumo de drogas, asistir a las sesiones terapéuticas de grupo y participar en ellas con sinceridad, someterse a los análisis que se consideren necesarios, así como aceptar las medidas que propongan en cuanto a actividades y contacto con determinados familiares). El documento penitenciario número 1 de 2005, que desarrolla el funcionamiento de los módulos UTE presenta una organización social entre sus integrantes en diferentes órganos con tareas específicas, lo que implica asunción de responsabilidades dentro de este módulo; el grupo de apoyo estará configurado por los internos que demuestran *concienciación e implicación* con el tratamiento (sirven de enlace periódico con el equipo multidisciplinar); el grupo de representantes supervisa las tareas asignadas por el equipo multidisciplinar, pues son miembros que ofrecen una respuesta positiva al tratamiento; las comisiones de trabajo fomentan la participación de los internos en este módulo en las actividades de la prisión; la Asamblea, finalmente, será un medio de comunicación ad intra, es decir, su deber es informar sobre asuntos de interés para la comunidad terapéutica en general (situaciones de crisis, preparar encuentros con la sociedad...). Por otro lado, se desarrollarán actividades para el fomento de relaciones con el exterior; el contacto con familiares, con organizaciones no gubernamentales y las jornadas de encuentro con la sociedad (para la interacción

con distintas instituciones públicas y privadas) tienen efectos sobre la resocialización y la concienciación de los internos.⁷⁴ Se observa el éxito de esta figura desde una perspectiva idealista, como una *perfecta integración de los mejores usos y buenas prácticas penitenciarias y donde muchos profesionales ligados al área de seguridad encuentran una nueva dimensión de su trabajo actuando como verdaderos terapeutas, conjugando las actividades regimentales y las específicamente tratamentales en una misma persona o profesional.*

- Comunidad Terapéutica Intrapenitenciaria: es el art. 115 RP el que avala la constitución de estos grupos de apoyo⁷⁵, supeditado a la autorización del centro directivo, bajo la supervisión de la Junta de Tratamiento (que ejercerá funciones directivas y disciplinarias) y en torno al principio de comunidad terapéutica. El fin es que los reos se conviertan en coterapeutas, los unos de los otros, asumiendo que todos disponen de esta capacidad individual, pero que la única forma de hacerla efectiva será en un grupo. La peculiaridad que presentarían estos modelos, de acuerdo con el art. 115.2 RP, radicaría en la necesidad de alterar la organización habitual del centro penitenciario, pero también se autoriza la constitución de estas comunidades fuera del módulo diseñado para ello (art. 170).⁷⁶
- Módulo Terapéutico de drogodependientes: la propia Instrucción lo califica como el “régimen ordinario” para los internos drogodependientes.
- Módulo Terapéutico Mixto, que es descrito como un espacio de convivencia entre diferentes tipos de internos, sean enfermos mentales, drogodependientes, o bien

⁷⁴ Instrucción 1 de 2005 de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, disponible en http://www.acaip.info/info/circulares/2005_1.pdf

⁷⁵ Art. 115 RP:

1. Para grupos determinados de internos, cuyo tratamiento lo requiera, se podrán organizar en los Centros correspondientes programas basados en el principio de comunidad terapéutica.

2. Siempre que el Centro Directivo autorice la constitución de uno de estos grupos, la Junta de Tratamiento que esté al frente del mismo asumirá las funciones que tienen atribuidas el Consejo de Dirección y la Comisión Disciplinaria del Centro penitenciario, con exclusión de las que se refieran a los aspectos económico-administrativos.

⁷⁶ T. MONTERO HERNANZ, op. cit. p. 201

que no presenten ninguna anomalía, en el que la presencia de recursos internos tiene un peso mayor.

Concluyendo con esta aportación, habría que indicar que la situación del drogodependiente y el alcohólico da lugar a un medio específico para la suspensión de la pena; el sujeto accederá a continuar el tratamiento de deshabituación iniciado durante el internamiento (aunque se admite también tras la conclusión del mismo), y a no incurrir en conductas delictivas en los tres años siguientes, siendo susceptible únicamente la pena inferior a 5 años.⁷⁷ Como precisión podríamos señalar la resolución del Juzgado de lo Penal número 1 de Soria, en el Auto de 14 de julio de 2020; habiendo incumplido el sujeto el cumplimiento de dos condenas, y hallando el tribunal sentenciador la concurrencia de las causas del art. 80.5 CPE⁷⁸ este decidió que resultaría más conveniente la suspensión de la pena de prisión correspondiente, subordinando dicha suspensión al cumplimiento de un tratamiento para su enfermedad mental y a que el sujeto se sometiese a un proceso de deshabituación del consumo de alcohol. A pesar de que esta suspensión tiene un elemento condicional que depende razonablemente del buen uso del condenado, por lo que el órgano jurisdiccional competente para su concesión debe analizar si el condenado asume esta condición con intenciones ocultas.

⁷⁷ F. MUÑOZ CONDE, *Derecho Penal, Parte General*, 2019, p. 554.

⁷⁸ Art. 85 CP: (...) *el juez o tribunal podrá acordar la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad no superiores a cinco años de los penados que hubiesen cometido el hecho delictivo a causa de su dependencia de las sustancias señaladas en el numeral 2.º del artículo 20, siempre que se certifique suficientemente, por centro o servicio público o privado debidamente acreditado u homologado, que el condenado se encuentra deshabituado o sometido a tratamiento para tal fin en el momento de decidir sobre la suspensión.*

El juez o tribunal podrá ordenar la realización de las comprobaciones necesarias para verificar el cumplimiento de los anteriores requisitos.

En el caso de que el condenado se halle sometido a tratamiento de deshabituación, también se condicionará la suspensión de la ejecución de la pena a que no abandone el tratamiento hasta su finalización. No se entenderán abandono las recaídas en el tratamiento si estas no evidencian un abandono definitivo del tratamiento de deshabituación.

3.6. LA SITUACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

El reciente Protocolo de actuación para personas con discapacidad en el medio penitenciario, de 2018, señala que estos sujetos representan el 9'5% de la población penitenciaria, y ante la demanda del Defensor del Pueblo, resulta necesario establecer mecanismos de actuación adecuados. Uno de los elementos esenciales en esta situación es la garantía de un trato igualitario que asegure la permanencia de la persona con discapacidad en las mismas condiciones que el resto de la población reclusa.⁷⁹ Las personas con discapacidad psíquica quedan excluidas de este protocolo al estar integradas en el PAIEM, pero sí acoge a los internos que presenten discapacidad intelectual, del desarrollo, física y sensorial.

Se establecen medidas para que las personas con discapacidad puedan desenvolverse con facilidad en el medio penitenciario, entre ellos, se menciona la disposición de textos en braille o en lectura fácil, la comunicación en lenguaje de signos, la elaboración de vídeos “la prisión paso a paso” (destinado a facilitar información sobre el establecimiento penitenciario durante el nuevo ingreso), sabiendo que el ingreso de la persona con discapacidad debe ser comunicado a la autoridad judicial correspondiente. Se prevé la adaptación del establecimiento penitenciario que tendrá un papel activo en la detección (bien en la primera evaluación, o por comunicación expresa del ingresado), la accesibilidad (por ejemplo, para personas con movilidad reducida), el deber de revisar y mantener el material ortoprotésico, la disposición de comunicaciones especiales (para el caso de que la discapacidad del reo le impida emplear un medio de comunicación convencional), la presencia de intérpretes, guías o mediadores comunicativos en las actividades que el interno desempeñe, y en general, en *los momentos clave de su vida en prisión*.

La formación de los trabajadores debe incluir las técnicas de comunicación necesarias para dirigirse a estos internos. Estas pautas se recogen también en el Protocolo, distinguiendo entre casos de personas ciegas, sordas, sordociegas o con discapacidad intelectual o de desarrollo; en atención al tema central de la exposición, podemos destacar el último caso, señalando que será

⁷⁹ Protocolo de actuación para personas con discapacidad en el medio penitenciario de 2018, p. 5.

Disponible en

<https://www.plenainclusion.org/sites/default/files/protocolodiscapacidadmediopenitenciario2018.pdf>

fundamental asegurarse de que la persona entiende y comprende la información que se le está facilitando en cada momento (uso de lenguaje cotidiano a través de fórmulas sencillas, cortas y no técnicas, soporte visual, con pronunciación clara, evitando preguntas categóricas, o expresiones a las que se le pueda asociar un significado distinto), respetando la situación de la persona (si bien el tratamiento debe ser directo y acorde a la edad real del sujeto, se debe atender a su forma de comunicación, evitando las interrupciones, adelantarse o terminar sus frases).

En definitiva, este protocolo de actuación otorga una relevancia significativa a la inclusión de las personas con discapacidad en el establecimiento penitenciario, enfocándose en la eliminación de aquellas barreras que impiden el cumplimiento especial de una pena privativa de libertad de una manera equiparable a la del resto de condenados.

3.7. ALGUNOS ELEMENTOS COMUNES CON INCIDENCIA SOBRE LA SALUD MENTAL EN EL ÁMBITO PENITENCIARIO

Del análisis de la situación de las personas con enfermedades mentales en prisión se puede extraer que cada caso específico requiere de unos mecanismos de actuación distintos. Sin embargo, podemos encontrar elementos propios de la estancia en prisión que pueden emplearse como parte de un tratamiento o programa, si la Administración penitenciaria observa algún riesgo, carencia o necesidad particular para el interno. Podríamos señalar algunos ejemplos, en los que la observación atenta y la continuidad son fundamentales.

- a) El interno de apoyo: se trata de una figura que se contempla para situaciones de índole diversa (por ejemplo, el protocolo de actuación sobre personas con discapacidad lo prevé en su página 16, y el protocolo por el que se implementa el PAIEM lo plantea en su página 11, atendiendo al criterio del equipo en consideración con la situación del enfermo), pero su desarrollo se encuentra en el protocolo para la prevención de suicidios (página 17 y siguientes), que se desarrolla más adelante. Se trata de un grupo de internos seleccionado por la junta de tratamiento con base en unos requisitos preceptivos (capacidad, actitud, motivación, estabilidad en el centro, *que no tengan*

*sanciones sin cancelar por las conductas del 108 y 109 a, b, c, i, ni tengan antecedentes de autolesiones, enfermedad mental grave o consumo de drogas), que recibirán una formación específica (al menos 20 horas) y continua acerca de técnicas de escucha activa, para detectar la depresión, conductas de riesgo o primeros auxilios; su participación es voluntaria y no remunerada, si bien es considerada a efectos de los beneficios penitenciarios. Sus funciones consisten en un acompañamiento constante de otros reclusos, tanto en la celda como en las actividades (aunque no sean colectivas), en momentos *especialmente sensibles*, y ante todo, la *observación preventiva*.*

- b) Tratamientos farmacológicos, entre ellos, cabría indicar los que consisten en la administración de clorpromazina (que se usa para la prevención estados de agitación psicomotriz y procesos psicóticos derivados de la esquizofrenia y los delirios crónicos)⁸⁰, naltrexona (se usa para la prevención frente a recaídas en el consumo de alcohol y para la deshabitación en el consumo de drogas exógenas)⁸¹ y litio (para el tratamiento del trastorno bipolar y las depresiones más severas)⁸².
- c) Programa marco de prevención de suicidios (Instrucción 5/2014): esta medida está específicamente dirigida a la atención de aquellos internos que presenten intenciones de atentar contra su propia vida. En sus páginas 1 y 2, la instrucción señala una serie de circunstancias favorables al desarrollo de conductas suicidas; entre ellas, estarían la enfermedad mental, el abuso crónico de sustancias, el impacto psicológico del ingreso en prisión y la desocialización. Se intenta detectar y comunicar cualquier situación indiciaria de que un recluso pueda llevar a cabo una conducta suicida, siendo determinantes la inmediatez y la celeridad en la actuación, con la intervención del Subdirector de Gestión, médicos y psicólogos; se abrirá la denominada “Carpeta personal del interno en PPS”, donde figuran los datos del interno durante el

⁸⁰ Información extraída de la página web del CIMA,
https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/23665/FT_23665.html

⁸¹ Información extraída de la página web del CIMA
https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/61797/FT_61797.html

⁸² Información extraída de la página web del CIMA
https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/48932/P_48932.html

programa. La permanencia será de al menos dos semanas, en las que el seguimiento reflejado en el informe, determinará el mantenimiento, la modificación o la suspensión de las medidas impuestas, que están clasificadas en tres categorías: preventivas (informe de la situación a los funcionarios, celdas compartidas, evitar que el interno sea destinado a un módulo de respeto de nivel 3, informe de la aplicación del PPS en el caso de que el recluso sea trasladado a otra prisión), provisionales urgentes (derivación urgente al hospital de referencia en caso de urgencia psiquiátrica, dispensa farmacológica, inmovilización terapéutica, retirada de material de riesgo, ubicación en una celda especial) y programadas (pueden tener naturaleza médica, como la asistencia farmacológica, psiquiátrica, o la ubicación en el módulo de enfermería, pero también intervienen otros miembros del equipo técnico, como el educador, el trabajador social o el psicólogo). La vigilancia especial por parte de los funcionarios, el acompañamiento continuo, las comunicaciones con el exterior y el fomento en la participación de actividades van a estar dirigidas a preservar la vida de un interno que previsiblemente pretenda acabar con su propia vida.

- d) Programa de prevención de sobredosis: contemplado en el Plan 3/2011 de intervención general en materia de drogas en la institución penitenciaria, la implementación de esta medida es una consecuencia del riesgo que padecen los internos de superar la tolerancia a la droga, de modo que cuando su consumo se reanuda en una dosis determinada, o bien se mezclan psicotrópicos o se consume metadona ilegal, el riesgo de sufrir una sobredosis, con resultados conflictivos con el tratamiento, incluso fatales. El protocolo, insiste en el papel de los reclusos como principales cooperadores en esta tarea preventiva, pues mediante la participación en actividades de educación para la salud adquieren una conciencia de la situación y obran en consecuencia para evitarla.

3.8. EL USO DE MEDIDAS COERCITIVAS Y EL MANTENIMIENTO DE LA SEGURIDAD INTERIOR

La diversidad de perfiles entre los internos que pueden encontrarse en privación de libertad puede derivar en problemas de convivencia o agitación al que la institución debe dar respuesta; la presencia de personas mentalmente enfermas va a derivar en especialidades en este ámbito, que deben ser analizadas desde una perspectiva jurídica y clínica.

3.8.1. Las medidas coercitivas

El uso de medidas coercitivas tiene un carácter extraordinario, si bien está dirigido al mantenimiento de la seguridad y el orden en el establecimiento penitenciario; debe distinguirse conceptualmente de las limitaciones regimentales y las sanciones.

En este sentido, el régimen para su aplicación viene condicionado por un *numerus clausus* de circunstancias que lo justifican, a saber, la prevención de actos de evasión, de violencia de los internos sobre sí mismos o contra otros, y para *vencer la resistencia activa o pasiva de los internos a las órdenes del personal penitenciario en el ejercicio de su cargo*. El límite para su uso radica en los criterios de proporcionalidad y de supervisión, sabiendo que su duración debe ser la estrictamente necesaria para reestablecer el orden.

Estas nociones, establecidas en el art. 45 LOPG, se ven especificados en los mecanismos que señala el 72.1 RP:

- El aislamiento provisional: conlleva un mayor nivel de aislamiento del sujeto, hasta que mitigue su actitud inadecuada, de modo que se restringe su contacto con otros internos.
- La fuerza física personal: consiste en la aplicación de una coacción activa sobre el interno por parte de un funcionariado instruido, que si bien debe usarse como último recurso, en la práctica es bastante frecuente.
- Las defensas de goma, principalmente dirigidas al sometimiento del interno armado; el requisito de la proporcionalidad restringe su uso.

- Los aerosoles de acción adecuada: al igual que los dos medios enunciados anteriormente, están dirigidos directamente a la reducción del reo; sin embargo, su contenido dañino para la salud de los internos motivó su suspensión temporal (Instrucción de 7 de abril de 1994 la Dirección General de IIPP), aunque una nueva Instrucción, de 15 de julio de 1994, estableció los requisitos técnicos para los nuevos aerosoles.
- Las esposas, aunque puede resultar adecuado el término “sujeción mecánica”, pues la Instrucción 3/2018 (que regula la aplicación de estas medidas concretas) se refiere tanto al uso de esposas (sujeción mecánica de corta duración, limitada a media hora) como de correas de sujeción (sujeción mecánica de larga duración, que se usa por un tiempo superior a media hora); se trata de medidas orientadas a limitar el movimiento del interno que bien esté mostrando una conducta violenta, o que a consecuencia de una patología, se encuentre en un estado de agitación (física o psíquica) que dificulte la administración de un tratamiento (en este segundo caso, al estar la medida propuesta por un facultativo, se entiende que se trata de un acto médico dirigido a los pacientes). El uso de correas, al estar dotado de un carácter sanitario, resulta útil en sujeciones prolongadas.

Sobre el elemento de la actualidad, Sanz Delgado señala las contraposiciones jurisprudenciales en la interpretación de este requisito, ya que algunas resoluciones justifican el uso de estas medidas en el desplazamiento a través del centro en delitos cometidos en él, es decir, en una peligrosidad manifiesta del individuo, y por otro, existe jurisprudencia menos permisiva sobre estas posibilidades, pues sólo caben ante situaciones de una actual agitación.⁸³

Cabe añadir el carácter subsidiario de la aplicación de estos medios coercitivos, que no deben ejecutarse si no es posible observar otras opciones menos gravosas para el interno. Señala

⁸³ E. SANZ DELGADO, op. cit. p. 40.

Galán Cáceres que el uso de sedantes y el diálogo con el interno constituyen vías de actuación factibles.⁸⁴

El art. 188.3 RP precisa la disposición de medidas coercitivas en el ámbito de internamiento psiquiátrico; sin embargo, lo expone en términos similares al caso de las penas, debido al elemento de la excepcionalidad y del conocimiento del caso por parte del juez de vigilancia penitenciaria correspondiente; la especialidad en este aspecto radica en el componente sanitario y asistencia de estos medios coercitivos; se trata de evitar los efectos negativos que esta medida pueda tener sobre el tratamiento farmacológico que esté recibiendo el paciente (tanto en lo referente a la disposición de la medida como a su duración), por lo que el personal facultativo tiene la función de determinar la conveniencia y el alcance del uso de estos medios.

Como señalamos al principio del trabajo, se trata esta de una materia delicada desde la perspectiva de los Derechos Humanos, puesto que su uso compulsivo puede derivar en una infracción reiterada de los derechos del interno⁸⁵. Es por ello que se trata de un ámbito al que organismos internacionales y europeos dedican una cierta atención, más allá de las políticas sobre salud mental por los que la Unión Europea parece mostrar un mayor interés⁸⁶. Entre los mecanismos dispuestos por el Consejo de Europa para el abordaje de las medidas coercitivas en centros psiquiátricos podemos centrarnos en los siguientes:

- La recomendación 10 de 2004 de 22 de septiembre, que viene a indicar los requisitos de restricción mínima, supervisión médica, necesidad, y el deber por parte de los facultativos de que la contención se lleve a cabo en un establecimiento adecuado, con una supervisión regular y notificando por escrito los motivos y la duración de la medida. Se debe, además, formar al personal del establecimiento psiquiátrico *en el*

⁸⁴ J.C GALÁN CÁCERES, “Los medios coercitivos y las limitaciones regimentales (artículos 72 y 75 del Reglamento Penitenciario)”, *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*, vol. LXXII, 2017, p. 8.

⁸⁵ J.M BARRIOS FLORES, “El empleo de medios coercitivos en prisión”, *Revista de Estudios Penitenciarios*, núm. 253, 2007, p. 86.

Disponible en <https://derechopenitenciario.com/wp-content/uploads/2018/10/1432.pdf>

⁸⁶ J.M BARRIOS FLORES, “El empleo de medios coercitivos en prisión”, *Revista de Estudios Penitenciarios*, núm. 253, 2007, p. 94.

*respeto a la dignidad, los derechos humanos y las libertades fundamentales de los pacientes, prevención y control de la violencia, medidas para evitar el uso de la contención y el aislamiento, restringir las circunstancias en las que está justificado el recurso a la contención y al aislamiento, teniendo en consideración los beneficios y riesgos concurrentes y la correcta aplicación de tales medidas.*⁸⁷

- El Libro Blanco sobre protección de los derechos y la dignidad de las personas que sufran trastornos mentales de 10 de febrero del 2000 introduce nuevos elementos a tener en consideración para la aplicación de medidas coercitivas, como la brevedad, la proporcionalidad, la inscripción registral y la constancia en el expediente del paciente del uso de estas medidas.⁸⁸
- El Standard del CPT elaborado en 2006 contenía algunas indicaciones acerca de las medidas de contención mecánica y el aislamiento, basado en unas observaciones realizadas en los establecimientos psiquiátricos. Por un lado, realiza indicaciones novedosas orientadas al mantenimiento de la dignidad de los internos (por ejemplo, el acondicionamiento de espacios para la ejecución de estas medidas o el posterior informe del médico encargado) y por otro, medios útiles de actuación (señala diferentes medios coercitivos, que pueden ser usados de manera separada o combinada, dando prioridad a las técnicas psicológicas, debiendo efectuarse las físicas subsidiariamente y en términos de proporcionalidad).⁸⁹

3.8.2. El régimen disciplinario, orientado al mantenimiento del orden

Para abordar la segunda cuestión de este epígrafe, debemos partir de la distinción conceptual entre limitación regimental, sanción y medios coercitivos. Si bien todas ellas están dirigidas al buen orden y convivencia entre los internos (independientemente de su situación procesal, como señala el 232 RP), es preciso señalar el caso particular de los enfermos mentales, con

⁸⁷ J.M BARRIOS FLORES, “El empleo de medios coercitivos en prisión”, *Revista de Estudios Penitenciarios*, núm. 253, 2007, p. 94 y 95.

⁸⁸ J.M BARRIOS FLORES, “El empleo de medios coercitivos en prisión”, *Revista de Estudios Penitenciarios*, núm. 253, 2007, p. 94.

⁸⁹ J.M BARRIOS FLORES, “El empleo de medios coercitivos en prisión”, *Revista de Estudios Penitenciarios*, núm. 253, 2007, pp. 97 y ss.

remisión expresa al art. 188, que respecto al régimen de disciplinario en unidades psiquiátricas (y por lo tanto, también en establecimientos psiquiátricos penitenciarios) señala la exclusión de estos internos del régimen general; asimismo, el art. 234⁹⁰ establece, entre los criterios que influyen en la determinación de la sanción, el grado de culpabilidad del autor al momento de los hechos. El auto del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria de Granada de 25 de noviembre de 2013, por ejemplo, declara ineficaz una sanción (en concreto, una de aislamiento durante tres fines de semana) que se fundamentaba en una agresión de un interno de un módulo de enfermería a otro; el tenor literal de la exclusión que contiene el 188.4⁹¹, al referirse al régimen en las Unidades Psiquiátricas, se entiende una aplicación analógica al uso de los módulos de enfermería como lugares de cumplimiento para los enfermos mentales (cuestión a la que nos referiremos en el capítulo siguiente), pero además, se da la circunstancia de que el agresor actuó durante un brote psicótico agudo que le impediría comprender la ilicitud del hecho.

Por tanto, el régimen disciplinario aplicable a los condenados carece de eficacia, en términos generales, cuando el autor incurra en una circunstancia de inimputabilidad (sería durante el cumplimiento de una medida de seguridad en establecimiento penitenciario u hospital psiquiátrico penitenciario o de una pena privativa de libertad, en módulos destinados al tratamiento de enfermos mentales). En circunstancias ordinarias, el procedimiento a seguir para su imposición y control se encuentra en el Título X del Reglamento Penitenciario, siendo el Director del establecimiento quien lo imponga, atendiendo a las correspondientes diligencias de investigación.

⁹⁰ Artículo 234 RP: *En cada caso concreto, la determinación de la sanción y de su duración se llevará a efecto atendiendo a la naturaleza de la infracción, a la gravedad de los daños y perjuicios ocasionados, al grado de ejecución de los hechos, a la culpabilidad de los responsables y al grado de su participación en aquéllos, así como a las demás circunstancias concurrentes.*

⁹¹ Artículo 231.2 (que se remite al 188.4): *El régimen disciplinario se aplicará a todos los internos, con la excepción establecida en el artículo 188.4 de este Reglamento, con independencia de su situación procesal y penitenciaria, tanto dentro de los Centros penitenciarios como durante los traslados, conducciones o salidas autorizadas que se realicen.*

Artículo 188.4 RP: *Las disposiciones de régimen disciplinario contenidas en este Reglamento no serán de aplicación a los pacientes internados en estas instituciones.*

CAPÍTULO 4. EL ENFERMO MENTAL EN EL CUMPLIMIENTO DE LA MEDIDA DE SEGURIDAD

4.1. SUPUESTOS DE APLICACIÓN DE LA MEDIDA DE SEGURIDAD

La doctrina y la jurisprudencia son pacíficas al admitir la existencia de un sistema dualista de consecuencias jurídicas del delictivo. Siendo la primera la pena, conviene ahora establecer algunas nociones acerca de las medidas de seguridad.⁹² El régimen jurídico de las medidas de seguridad se encuentra en el Título IV del Libro I CPE (arts. 95-108), pero resulta preciso, a tenor de la materia que estamos tratando, qué presupuestos deben darse para la aplicación de esta alternativa a la pena.

Siguiendo a Muñoz Conde la responsabilidad penal solamente resulta exigible cuando el sujeto goza de *capacidad de culpabilidad*, entendido como sinónimo de imputabilidad, y esta como el conjunto de atributos psíquicos con un grado de madurez suficiente como para que el sujeto pueda ser motivado en sus actos por los mandatos normativos⁹³, es decir, que al ser consciente de su existencia y entidad, tenga la capacidad de responder por los actos típicos y antijurídicos de los que es autor. El CPE, en este sentido, admitiría como circunstancias de inimputabilidad, las contempladas en los tres primeros números del art. 20 (la anomalía o alteración psíquica, la intoxicación, consumo o adicción a sustancias psicotrópicas, o el síndrome de abstinencia, si ello ha influido en la comisión del delito, y las alteraciones en la percepción que perturbe gravemente la conciencia de la realidad), así como la minoría de edad (esta última, en cuanto a un límite objetivo a la responsabilidad penal, no presenta mayores dificultades interpretativas, dado que se entenderá que el menor siempre resulta inimputable).

La dificultad que entraña esta materia consiste en determinar la incidencia de una de estas circunstancias, presentes en un sujeto, en el delito que haya cometido; en este sentido, lo que se determina a través del juicio de culpabilidad es la *capacidad para conocer las pautas de*

⁹² A.M JAVATO MARTÍN, "La ejecución de la medida de seguridad de internamiento en centro psiquiátrico", *Salud Mental y Privación de Libertad*, Dirección de Ricardo Mata Martín, Coordinación de Tomás Montero Hernanz, Editorial Bosch, 2021, p. 46.

⁹³ F. MUÑOZ CONDE, op. cit. p. 345.

*comportamiento y los valores dominantes del entorno social*⁹⁴, y en caso de no disponer de tal capacidad como consecuencia de alguna de las circunstancias previstas, se hablaría de inimputabilidad. Muñoz Conde emplea esta fórmula en relación con la eximente del 20.3º CP, pero podría emplearse para comprender también las otras dos circunstancias. En este sentido, resultaría admisible que la presencia de una enfermedad mental o una adicción tenga relevancia en la conducta y actitud de un sujeto, pero no debe interpretarse como el único factor influyente en la comisión del hecho delictivo. La capacidad del individuo a estos efectos no debe interpretarse únicamente desde la perspectiva de esta condición tipificada, sino a partir de una *historia que se ha desarrollado en su entorno social*⁹⁵. Podría decirse que la inimputabilidad no responde a unos supuestos estrictamente delimitados, sino a un conjunto de circunstancias que afectan al sujeto en un grado u otro. Pero aun apreciándose alguno de los supuestos del art. 20 puede darse que este no hubiera tenido una relevancia significativa en cuanto al hecho delictivo; se hablaría entonces de una situación de semiimputabilidad.⁹⁶ En un sentido similar, la concurrencia de estas circunstancias tampoco se apreciarían como motivos suficientes para la aplicación de una medida de seguridad en el caso de que una actuación previa del sujeto haya ido dirigida a provocar un estado de inimputabilidad con el fin de cometer el delito en la forma en que se produjo, y no con una gravedad mayor a la deseada durante el estado de imputabilidad (cuando planeó llevar a cabo la acción tras hallarse en un estado de inimputabilidad). En términos generales, lo determinante en estos escenarios radica en el elemento del pronóstico de peligrosidad criminalidad, es decir, si presencia de las situaciones antes señaladas como alteraciones de la culpabilidad pueden tener una incidencia tan notable en el sujeto que se pueda asumir que su comportamiento delictivo pueda reiterarse en el futuro.⁹⁷

Resulta interesante, a efectos, precisar cuáles son los límites de la imputabilidad, pues no todos los trastornos psíquicos que puedan apreciarse inciden de un modo idéntico en la capacidad del sujeto para comprender el sentido de la pena (desde una perspectiva

⁹⁴ F. MUÑOZ CONDE, op. cit. p. 351

⁹⁵ F. MUÑOZ CONDE, op. cit. p. 353

⁹⁶ F. MUÑOZ CONDE, op. cit. p. 359

⁹⁷ F. MUÑOZ CONDE, op. cit. p. 569

postdelictual) y del hecho delictivo cometido. La jurisprudencia viene señalando, por ejemplo, que la adicción a las drogas solamente se considerará como causa de inimputabilidad cuando haya tenido alguna significación en los hechos cometidos (por ejemplo, en la STS 2952/2021 de 14 de julio se reconoció la eximente incompleta al autor que, habiendo consumido cannabis y speed, no veía plenamente mermada su capacidad para entender el componente delictivo de su conducta)⁹⁸; asimismo, los trastornos de la personalidad (las antiguamente denominadas psicopatías) no suelen considerarse como modificativas de la capacidad, debido a la variedad de casos que pueden plantear en relación con estos desórdenes, y es por ello que se deben esclarecer sus características concretas para determinar su influencia en la culpabilidad.⁹⁹ En un sentido contrario, hay jurisprudencia que ha venido admitiendo como semiimputable al autor del delito que, presentando un cuadro clínico de depresión, vio afectadas sus capacidades volitivas.¹⁰⁰ Existe también una línea jurisprudencial relativa al caso de los autores psicóticos (en particular, los esquizofrénicos) por la que en términos generales serán calificados como imputables o semiimputables, determinando para aplicar una u otra consideración *si sus capacidades intelectivas y volitivas están muy disminuidas*, y para ello, se evalúan unas circunstancias establecidas jurisprudencialmente.¹⁰¹ En definitiva, y señalando un número relativamente variado de ejemplos, los términos de la imputabilidad son relativos y casuísticos, y la presencia de una de las circunstancias previstas en el art. 20.1º, 2º o 3º no bastan para determinar la ausencia total o parcial de culpabilidad; en todos los casos la evaluación médico forense ha sido un elemento probatorio determinante en la resolución del correspondiente tribunal, pues ha señalado el grado de capacidad del que el sujeto disponía al momento de la acción.

⁹⁸ STS 2952/2021 de 14 de julio

⁹⁹ STS 4514/2021, de 1 de diciembre, FD 8º In fine

¹⁰⁰ STSJ CL 632/2022 de 25 de enero

¹⁰¹ SAP M 15655/2021 de 1 de diciembre, Fundamento de Derecho Segundo: *a) la intensidad de influencia sobre el psiquismo del sujeto. b) la proximidad entre el momento ejecutivo y el brote esquizoide que caracteriza esa enfermedad. (Sentencia del Tribunal Supremo nº 1081/2007 de 20 de diciembre). c) la relación causal entre la psicosis y el comportamiento, que se estima inexistente cuando aquélla es residual y transcurre de modo paralelo a la conducta, (STS nº 733/1997 de 22 de mayo), sin mermar la capacidad de autodeterminación. (Sentencia de 15 de diciembre de 1992). d) el grado de deterioro intelectual (íbidem). e) la clase de delito cometido y su posible relación con la modalidad concreta de la esquizofrenia sufrida. (STS nº 497/1997 de 19 de abril). f) la existencia asociada de otros factores que incrementan la intensidad de la patología psíquica y su influencia causal en las facultades intelectivas y volitivas.*

Los casos de inimputabilidad y de semiimputabilidad hacen necesaria la dotación de un sentido diferente a la consecuencia jurídica del delito, no orientada exclusivamente hacia la función resocializadora que tendría una pena, pero sí de control social sobre estos individuos¹⁰², pues de hecho, resultaría inconstitucional que en un sistema de Derecho Penal de autor las consecuencias del delito se impusieran conforme a la personalidad y no según su culpabilidad.¹⁰³ Con este objeto surgen las medidas de seguridad, que Rubio Lara define como una privación o restricción de bienes jurídicos impuestos en un sentido similar al de la pena, bajo la premisa de una probabilidad de que el sujeto vuelva a delinquir, por lo que se pretende evitarlo.¹⁰⁴

4.2. PRINCIPIOS RECTORES DE LA MEDIDA DE SEGURIDAD

Desde una perspectiva literaria, para hablar de estos caracteres generales de las medidas de seguridad podemos tomar base en lo puesto de manifiesto por Ríos Corbacho sobre el fin último de la medida de seguridad; junto a las tesis retributivas (según las cuales las penas en sentido estricto tienen un fin meramente punitivo), se puede decir que las medidas de seguridad están dispuestas con un fin preventivo especial, pues al no haber culpabilidad en el sujeto, no es posible reprochar su conducta, por lo que la consecuencia jurídica del delito que ha cometido debe buscar inocular al individuo criminalmente peligroso, evitando así un riesgo para él mismo y para el resto de personas¹⁰⁵. En este sentido, la medida de seguridad opera con un doble fin, ya que por un lado constituye una vía de acceso a los medios de curación y atención que el inimputable necesita, pero además, la sociedad encuentra protección frente a estos individuos peligrosos.¹⁰⁶

¹⁰² F. MUÑOZ CONDE, op. cit. p. 358.

¹⁰³ E. AGUADO, M. JAÉN Y Á.L. PERRINO, *Penas, medidas y otras consecuencias jurídicas del delito*, 2017, p. 101. Se cita lo dispuesto en la STC 150/1991, FJ 4a)

¹⁰⁴ P.Á. RUBIO LARA, *Teoría de la pena y consecuencias jurídicas del delito, análisis doctrinal y jurisprudencial*, Monografías Tirant lo Blanch, Valencia, 2017, p. 122.

¹⁰⁵ RÍOS CORBACHO, *Las consecuencias jurídicas del delito y el cine: un acercamiento a la resocialización en el nuevo siglo*, p. 9. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5035067>

¹⁰⁶ E. AGUADO, M. JAÉN Y Á.L. PERRINO, op. cit. p. 106.

La doctrina coincide al acudir a unos criterios que delimitan el uso de las medidas de seguridad, pero la jurisprudencia del Tribunal Supremo ha venido reiterando el contenido de estas exigencias en tres puntos: la comisión de un hecho delictivo, la cualidad de imputable o semiimputable en su actor (que podría denominarse elemento de *diagnóstico*) y una doble previsión, por un lado, de que las conductas peligrosas persistan, y por otro, que se vuelva a incurrir en conductas “dañinas para la sociedad” (que podría denominarse como elemento de *pronóstico*).^{107 108}

Estas características que en la actualidad revisten a las medidas de seguridad nos permiten especificar los siguientes principios que rigen su funcionamiento¹⁰⁹:

- Post-delictualidad: hace referencia al pronóstico futuro de peligrosidad (criminal o social); sin dicho pronóstico, la medida carecería de fundamento.
- Proporcionalidad, que a su vez puede desglosarse en los principios de subsidiariedad (la medida de seguridad sólo se aplicará cuando esté dirigida a una finalidad específica que no se pueda alcanzar a través de medios menos gravosos) y proporcionalidad en sentido estricto (supone una situación de analogía con las penas, ya que remite a las garantías del cumplimiento de las mismas, incluido la duración máxima, para que se apliquen del mismo modo a las medidas).
- Aflicción menor: en estrecha relación con el de proporcionalidad, puede entenderse como una referencia al carácter principal de la pena, siendo la medida una reacción subsidiaria. En este sentido, Ortiz García entiende que las medidas no solamente tienen un componente aflictivo análogo al de las penas, a tenor de su regulación, sino que además deben mostrar un componente de flexibilidad. Este último matiz se justifica en la utilidad que tiene asignada la medida de seguridad, principalmente terapéutica, por lo que su ejecución debe estar vinculada a este fin.¹¹⁰

¹⁰⁷ STS 672/2016 de 30 de septiembre, TS 672/2016 de 30 de septiembre FJ párrafo 8.

¹⁰⁸ Sobre los conceptos de diagnóstico y pronóstico, E. AGUADO, M. JAÉN y Á.L. PERRINO, op. cit. p. 116 y ss.

¹⁰⁹ A. ORTIZ GARCÍA, “Los trastornos mentales en el medio penitenciario: Situación actual y propuestas de mejora”, *Revista de Estudios Penitenciarios* N.º 263-2021, p.31 y ss.

¹¹⁰ A. ORTIZ GARCÍA op. cit. p. 43.

- Equivalencia asistencial: este nuevo fundamento encuentra su respaldo legal en el art. 208 RP, y supone que los internos (aunque no específicamente los enfermos mentales) tienen derecho a gozar de una asistencia sanitaria equivalente a la del resto de la población. La escasez de recursos (especialmente personales) impide la garantía de este principio con plenitud.

4.3. CONTENIDO DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD PRIVATIVAS DE LIBERTAD, ESPECIAL REFERENCIA AL INTERNAMIENTO PSIQUIÁTRICO

4.3.1. Criterios clasificatorios de las medidas de seguridad

Como ya indicábamos anteriormente, el art. 96 CPE distingue entre medidas de seguridad privativas de libertad y no privativas de libertad. Nos centraremos en el análisis del primer grupo de medidas, contemplados en el apartado 2 de este art. 96¹¹¹.

Si bien esta primera organización resulta más pacífica y acorde a las previsiones legales, podríamos establecer otro criterio distintivo, planteado por Rubio Lara, que añade una clasificación acorde al fin específico que la medida persigue en cada caso concreto. Puede hablarse de medidas tendentes a la resocialización o rehabilitación (por ejemplo, medidas de internamiento, terapéuticas y educativas), a la prevención (se restringen al sujeto derechos y facultades para evitar que atente contra más bienes jurídicos, sería la medida de inhabilitación profesional o la expulsión del territorio nacional) y de protección a las víctimas (se habla de la medida de libertad vigilada).¹¹²

La redacción del CPE en lo relativo a las medidas de seguridad dispone ciertas analogías con el contenido de las penas. en este sentido la previsión del art. 6.2, establece una equiparación necesaria entre la gravedad y la duración de la medida de seguridad, como ya veíamos en el

¹¹¹ Art. 96.2 CP: Son medidas privativas de libertad: 1.ª *El internamiento en centro psiquiátrico*. 2.ª *El internamiento en centro de deshabitación*. 3.ª *El internamiento en centro educativo especial*.

¹¹² P.Á RUBIO LARA, “Las Medidas de Seguridad tras la Reforma de la LO 5/2010, de 22 de junio, del Código Penal: Perspectivas Doctrinales y Jurisprudenciales. Problemas y Soluciones”, *Revista Aranzadi de Monografías*, núm. 25, p. 75.

Capítulo 2; por ello, no cabe aplicar una medida de seguridad privativa de libertad cuando no quepa aplicar una pena privativa de libertad (95.2 CPE), ni puede tener una duración mayor.

Estas aproximaciones han generado opiniones críticas en la doctrina. En el primer caso, se plantea la ficción en la correlación entre pena y medida de seguridad, argumentando que al responder una y otra a razones distintas no parece defendible que se sometan a criterios análogos en cuanto a la duración; sabiendo que la medida de seguridad tiene por fin la seguridad del inimputable y de la sociedad que pueda verse afectada por sus actos, las condiciones de la medida no deberían verse sometidos necesariamente a un límite temporal determinado, sino a la evolución y al buen pronóstico del sujeto, si bien conforme a una serie de garantías y controles judiciales. Esta postura es la que defienden Agudo, Jaén y Perrino.¹¹³ Por otro lado, Muñoz Conde señala el vacío que de la interpretación de los art. 101, 102 y 103 CPE (que plantean las medidas de seguridad privativas de libertad aplicables a los supuestos del art. 20.1º, 1º y 3º respectivamente) se extrae; en este sentido, la sentencia judicial que imponga una medida de seguridad privativa de libertad establecerá unas condiciones cuantitativas y cualitativas para su cumplimiento tomando como fundamento las condiciones que se habrían impuesto, en abstracto, de tratarse de una pena; sin embargo se excluyen de esta aplicación de las previsiones punitivas una parte importante de las circunstancias modificativas de la responsabilidad penal (entendidas como agravantes o atenuantes), por lo que resulta más conveniente acudir al criterio de la pena prevista en abstracto.¹¹⁴

González Tascón añade otro criterio, que responde al espectro preventivo al que favorece; podría hablarse de medidas frente a la peligrosidad criminal (se trata de evitar que el enfermo mental cometa actos delictivos en un futuro) o peligrosidad social (si bien no se prevé que el enfermo mental reincida como delincuente, sí hay un pronóstico de conductas antisociales futuras, que se buscarán reprimir).¹¹⁵

¹¹³ E. AGUADO, M. JAÉN y Á.L. PERRINO, op. cit. p. 106.

¹¹⁴ F. MUÑOZ CONDE, op. cit. p. 573.

¹¹⁵ M.M GONZÁLEZ TASCÓN, “Medidas de corrección y seguridad”, *Las consecuencias jurídicas del delito*, 2017, p. 111.

4.3.2. Interacción entre medidas de seguridad entre sí y con las penas

Para analizar este aspecto, debemos recordar que la medida no sólo responde a un fin particular y acorde a las necesidades de quien no es plenamente imputable. En este sentido, parece razonable que su ejecución se desarrolle de un modo que favorezca al individuo; esta idea puede suponer que las medidas de seguridad no se ejecuten igualmente en todos los casos, de modo que las medidas catalogadas tengan influencias distintas. Rubio Lara añade una última distinción, en atención a la función de la medida en el sistema de sanciones (aunque podría decirse que lo que se valora es la presencia de la medida de seguridad como consecuencia jurídica del delito en cada caso concreto)¹¹⁶. Se harían tres distinciones:

- a) Con respecto a la coexistencia con las penas, podrá hablarse de medidas complementarias (se ejecutan de forma paralela a la pena), sustitutivas (se ejecutan en defecto de la pena, pues esta no es posible) o representativas (aunque es posible la aplicación de una pena, la medida puede ejecutarse computando del mismo modo que la pena, es decir, que se prevé una eventual oscilación entre ambas); sobre las terceras volveremos más adelante.
- b) Medidas principales, que serían las impuestas desde un primer momento o sustitutivas, cuyo cumplimiento se aplica al darse vicisitudes durante la ejecución de la principal.
- c) Cuando sólo resulte posible aplicar medidas de seguridad, la que se ejecute puede ser única (excluye la aplicación de ninguna otra), sustitutiva (se prevé la aplicación de una medida cuando otra, de carácter preferente, no pueda ejecutarse) o cumulativa (se admite el cumplimiento simultáneo de dos o más medidas).

La sustitución de penas por medidas de seguridad nos permite observar la controversia derivada del art. 60 CPE. Esta previsión resulta operativa en el caso de que en el condenado a pena privativa de libertad se observe una enfermedad mental sobrevenida o se agrave una ya existente, esto sería, declarada la condena por sentencia judicial firme, aunque su ejecución no

¹¹⁶ P.Á. RUBIO LARA, “Las Medidas de Seguridad tras la Reforma de la LO 5/2010, de 22 de junio, del Código Penal: Perspectivas Doctrinales y Jurisprudenciales. Problemas y Soluciones”, *Revista Aranzadi de Monografías*, núm. 25, p. 76.

haya comenzado.¹¹⁷ La aplicación de este mecanismo está subordinada a unos condicionantes; por un lado, el requisito de la temporalidad exige que aunque la suspensión de la pena y la aplicación de la medida no tengan una duración determinada, no puede exceder del límite máximo de la pena ya impuesta; en segundo lugar, como si se tratase de una medida de seguridad impuesta desde un primer momento, esta no puede ser de mayor gravedad que la pena, es decir, que se admitiría la sustitución de una pena privativa de libertad por una medida de seguridad no privativa si ello resulta favorable a los fines asistenciales del condenado, no así la imposición de una medida de seguridad privativa de libertad en sustitución de una pena no privativa; en tercer lugar, se sigue un criterio de necesidad, en el sentido de que el condenado debe presentar un trastorno mental calificado como grave que le impida comprender el sentido de la pena.¹¹⁸ Esta tercera cuestión puede suscitar un debate acerca del cumplimiento de las garantías de jurisdiccionalidad; un sector de la doctrina plantea que el presupuesto para la aplicación del art. 60 es la existencia de una resolución judicial firme condenatoria, pero sin embargo para la ejecución se desarrolla en un entorno diferente, de fines y contenido distinto; podría entenderse que la resolución del juez se ve incumplida, pero realmente se trata de una situación análoga a otras alteraciones cualitativas de la ejecución de la pena, que además está subordinada al control del Juez de Vigilancia Penitenciaria correspondiente.¹¹⁹ La Instrucción 2/2020 establece el procedimiento a seguir para la aplicación de este precepto, que también se entiende útil para los condenados con

¹¹⁷A. ORTEGA MATESANZ, “Trastornos mentales apreciados durante la ejecución de la pena. La suspensión de la ejecución de la pena por vía del art. 60 CP”, *Salud Mental y Privación de Libertad*, Dirección de Ricardo Mata Martín, Coordinación de Tomás Montero Hernanz, Editorial Bosch, 2021, p. 125.

¹¹⁸ Ortega Matesanz señala diversas posturas doctrinales acerca de la falta de capacidad para comprender el sentido de la pena:

- Para Magro Servet y Solaz Solaz, supone que el interno desconoce el por qué (la condena) y para qué (el fin) de la pena, que es el criterio que sigue Ortega Matesanz.
- Para Puente Segura, lo determinante es el conocimiento o desconocimiento de los aspectos esenciales de la pena.
- Para Mapelli Caffarena, lo que se debe verificar es si el condenado es capaz de relacionar el delito cometido con la pena impuesta.
- Para Rubio Lara, es la capacidad de conocer la norma penal la que determina la capacidad del sujeto para conocer el sentido de la pena.

A. ORTEGA MATESANZ, op. cit. p. 129.

¹¹⁹A. ORTEGA MATESANZ, op. cit. p. 138.

discapacidad intelectual; el equipo técnico del PAIEM tiene asignadas funciones de detección y comunicación de la enfermedad mental, pues en su informe debe aclarar la procedencia de la sustitución y las condiciones para su aplicación, si bien corresponde al Juez de Vigilancia Penitenciaria la determinación de la continuidad o no de la pena, por auto. Durante la tramitación de la solicitud, el condenado puede permanecer en el módulo PAIEM, en el de enfermería o en hospital civil correspondiente.¹²⁰ Se trata, en último término, de una solución de escasa aplicación práctica; en un repaso de la jurisprudencia penitenciaria de los últimos 10 años, son escasas las resoluciones satisfactorias para esta cuestión; siendo algunas de ellas el Auto del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria de Santa María de 10 de marzo de 2014, refiriéndose a la suspensión de la pena impuesta a un sujeto con discapacidad intelectual y su sustitución por una medida de internamiento en un Hospital Psiquiátrico Penitenciario; el Auto del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria de Tenerife de 23 de abril de 2017, sobre el caso de un sujeto que presentaba un trastorno duradero y cognitivo de grado moderado-grave, derivada en una distorsión cognitiva y falta de autocontrol, por lo que necesitaría atención constante (en concreto, se *indica que carece de responsabilidad para tomar medicación, carece de toda autonomía, con absoluta desorientación espacio-temporal, déficit de memoria a corto y largo plazo*); y el Auto del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria de Granada de 9 de mayo de 2017, en el caso de un sujeto diagnosticado con un trastorno delirante de las clasificaciones actuales con una parafernalia fantástica.

4.3.3. Establecimientos para el cumplimiento: las unidades psiquiátricas penitenciarias y los establecimientos psiquiátrico-penitenciarios

Uno de los aspectos que ha generado más controversia en lo relativo a las medidas de seguridad (en especial las privativas de libertad) es el lugar donde deben (o pueden) llevarse a cabo. El reglamento penitenciario en su art. 183 señala los *Establecimientos o Unidades Psiquiátricas penitenciarias* como los lugares destinados al cumplimiento de medidas de seguridad para aquellos exentos de responsabilidad penal o penados con enfermedad mental sobrevenida, pero también se prevé para el caso de detenidos o presos, en una situación de

¹²⁰ A. ORTEGA MATESANZ, op. cit. p. 144-145.

prevención (184 RP). Este último supuesto queda condicionado a un control por parte de la autoridad judicial y a la emisión de un oportuno informe facultativo que servirá para determinar el destino del interno, pudiendo incluso darse su traslado a un lugar más favorable a su situación.

Javato Martín señala que si bien el Reglamento Penitenciario establece el deber de la Administración penitenciaria de disponer diversos establecimientos psiquiátrico-penitenciarios, la realidad es que en España sólo se han habilitado dos, uno en Sevilla y otro en Alicante, y una Unidad Psiquiátrica, en Barcelona; Compete a la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias la determinación del destino asignado a cada interno, de acuerdo con el art. 191 RP, atendiendo a criterios de proximidad.¹²¹ Sobre esta cuestión regresaremos al tratar los lugares de cumplimiento de las medidas de seguridad.

Siguiendo a García Ortiz, las Comunidades Autónomas tienen competencias sobre el adecuado sustento de servicios sanitarios en el ámbito de las instituciones penitenciarias desde la entrada en vigor de la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del sistema nacional de salud; Cataluña y País Vasco, en la medida en que tienen competencias cedidas en materia penitenciaria, sí han podido llevar a cabo medidas para garantizar el cumplimiento de esta ley, mientras que en el resto de Comunidades Autónomas siguen existiendo trabas a esta gestión de la sanidad penitenciaria, que se puede ver reflejado en la ausencia de hospitales psiquiátricos penitenciarios y de unidades psiquiátricas en los centros penitenciarios.¹²² En este contexto y sabiendo que las Comunidades Autónomas no han ejercido correctamente las competencias que legalmente tienen atribuidas en el plano sanitario, la jurisprudencia del Tribunal Supremo se ha pronunciado remitiendo los costes sanitarios (provistos por agentes públicos o privados) a la Administración penitenciaria y no a la autonómica.¹²³

El establecimiento de Sevilla está destinado a pacientes procedentes de Andalucía, Extremadura, Canarias, Ceuta y Melilla; se plantea aquí un problema de sobreocupación,

¹²¹ A. JAVATO MARTÍN, op. cit. p. 61.

¹²² A. GARCÍA ORTIZ, op. cit. p. 40.

¹²³ STS 222/2019 de 21 de febrero, FJ 4º.

dado que en la actualidad está atendiendo a 165 internos, aunque en principio dispone de 112 plazas.

Por su parte, en el establecimiento de Alicante cumplen la medida de internamiento psiquiátrico los enfermos mentales procedentes del resto de España, salvo Cataluña. Si bien en la actualidad no se han ocupado la totalidad de las plazas (278 de 332) sí se ha llegado a duplicar el número de internos que puede acoger; a diferencia del hospital de Sevilla, aquí sí se acoge a población femenina (hay 35 plazas).

La escasez de infraestructuras para el adecuado tratamiento de los enfermos mentales deriva en una gestión ineficaz de la población penitenciaria con enfermedad mental, que si bien en algunos casos sí es tratada en los centros psiquiátricos, no siempre resulta conveniente. En general, las prisiones tampoco han habilitado módulos específicos para estas circunstancias (salvo los contados casos de los módulos para internos con discapacidad intelectual), por lo que el internamiento tiene lugar en el módulo de enfermería, junto a otros internos que no presentan anomalías psíquicas. Es decir, que resulta frecuente que los inimputables o semiimputables vean cumplida la medida de seguridad en prisión. Esta situación, tal como la entiende García Ortiz supone una vulneración de los preceptos del CPE relativos a las garantías del régimen de internamiento psiquiátrico; en particular, no se observaría el art. 3.2, al no llevarse a cabo en un lugar y bajo las condiciones determinados por la ley, en este caso, en un centro psiquiátrico (art. 96) o cualquier lugar adecuado para el trastorno psíquico que se presente (art. 101), que el Reglamento penitenciario especifica en Establecimientos o Unidades psiquiátricas-penitenciarias.¹²⁴ Estas carencias se ven compensadas con la implementación de los módulos PAIEM y de los programas puente, a los que ya nos referimos anteriormente.

Resulta destacable la labor terapéutica de elementos externos al establecimiento penitenciario, que como los vínculos familiares y el apoyo de instituciones públicas inciden positivamente en la resocialización del sujeto; el inconveniente radica en que la falta de cobertura legal puede dar lugar a situaciones desfavorables para las necesidades del interno, por ejemplo, que el

¹²⁴ A. GARCÍA ORTIZ, *op. cit.* p. 50.

internamiento se realice un establecimiento distante en el espacio del lugar donde se encuentran sus parientes. La solución, a menudo, consiste en una remisión al cumplimiento de la medida de seguridad en prisión para que el tratamiento se vea favorecido por esos actores externos, que de otro modo su influencia sería menor. García Ortiz señala, por ejemplo, la labor del establecimiento penitenciario como vínculo con instituciones a las que el interno puede acudir para continuar con su tratamiento terapéutico una vez alcanzada la libertad.

Por otra parte, la Instrucción 19/2011 del cumplimiento de medidas de seguridad competencia de la Administración penitenciaria está dirigida al reconocimiento de esta tendencia; se prevé la agrupación de los internos a los que se les haya impuesto una medida de seguridad para que el mismo Equipo Técnico se ocupe de las funciones asistenciales, que serán preferentemente terapéuticas, elaborándose un PIR (como en el caso de los penados).

4.3.4. Régimen de cumplimiento

El sentido de las medidas de internamiento psiquiátrico supone que deba ejecutarse en un régimen de cumplimiento, en principio, más flexible que el que se esperaría en el caso de las penas; se atiende a elementos que puedan resultar más favorables al tratamiento terapéutico del inimputable o semiimputable. En un establecimiento psiquiátrico penitenciario no se aplican los mismos regímenes que en prisión, es decir, que la clasificación en grado, por la naturaleza de la institución, no resulta práctica; tampoco son aplicables los permisos penitenciarios, la libertad condicional ni el régimen disciplinario, que se encuentra expresamente excluido en estas circunstancias 188.4 del RP); la razón estriba en que la naturaleza de ambos tipos de internamiento (psiquiátrico y penitenciario) conlleva garantías diferentes (por ejemplo, si bien los permisos penitenciarios son principalmente beneficios o recompensas, las salidas del centro psiquiátrico se orientan a fines terapéuticos).

Al igual que en el caso de las penas privativas de libertad, el internamiento psiquiátrico está condicionado por el informe elaborado por un equipo multidisciplinar (en el que intervienen *psiquiatras, psicólogos, médicos generales, enfermeros y trabajadores sociales*, conforme al art. 185 RP) y verificado por el Juez de Vigilancia Penitenciaria; este proceso, tal como dispone el

art. 186, se realiza al momento del ingreso y se reitera cada 6 meses con el fin de observar cambios sustanciales en la situación del paciente. Estos informes determinan los elementos del internamiento *según las necesidades asistenciales del paciente*, y del tratamiento. Las restricciones a la libertad individual, el uso de medidas coercitivas (aplicándose bajo las mismas circunstancias que en el caso de las penas) y las relaciones con el exterior (refiriéndose a las comunicaciones y las salidas, así como su duración, las personas con las que pueden efectuarse y las condiciones en que se van a llevar a cabo) están determinadas conforme a las necesidades del paciente.¹²⁵

Podemos encontrar un ejemplo sobre la gestión de estas intervenciones en el ámbito de las salidas del establecimiento (previstas en el art. 190 RP); la institución alicantina promueve un programa desde 1985 que la sevillana ha imitado, buscando la satisfacción del doble objetivo con arreglo a los requisitos legales, pero no deben confundirse con los permisos penitenciarios, que se conciben como una recompensa. Tal como establece el programa, las salidas pueden realizarse siguiendo cinco modalidades que establecen las condiciones y las personas que intervienen; cuatro de ellas tienen la denominación de salidas terapéuticas, y pueden realizarse con familiares, con personal extrapenitenciario, con personal del hospital o sin acompañamiento; la quinta modalidad se denomina permiso de salida, con el paciente puede residir en su propio domicilio o en casas de acogida vinculadas al hospital, por un tiempo no superior a un mes, dependiendo siempre de la evolución de su pronóstico.¹²⁶

Las actividades en las que el enfermo intervenga, conforme a su PIR, se orientan al tratamiento de la enfermedad, a la *desinstitucionalización* de su internamiento (acabando con la tensión que conlleva la privación de libertad) y a una resocialización (el interno adquiere capacidades para la vida diaria al finalizar la medida de seguridad).¹²⁷

¹²⁵ A.M JAVATO MARTÍN, op. cit. pp. 65 y ss.

¹²⁶ A. CEREZO Y D. DÍAZ, “El enfermo mental en el medio penitenciario español”, *International e-Journal of Criminal Science* Artículo 2, núm. 10, 2016, ISSN: 1988-7949, p. 9.

¹²⁷ A. CEREZO Y D. DÍAZ, op. cit. p. 6.

4.3.5. El control de la medida de seguridad

Si bien para el cumplimiento de la medida de seguridad se tiene en consideración la evolución del inimputable o semiimputable hacia un pronóstico de peligrosidad más favorable, este seguimiento está subordinado a un riguroso control judicial. Atendiendo, como ya mencionábamos, a los informes que el equipo multidisciplinar del establecimiento psiquiátrico penitenciario emite con una periodicidad de 6 meses (187 del Reglamento Penitenciario), el Juez de Vigilancia Penitenciaria correspondiente al lugar donde se encuentre el interno conoce de su situación.

Las circunstancias presentes en el paciente, así como su respuesta al tratamiento, determinarán una reacción por parte de la institución, que consistirá en el mantenimiento, cese, sustitución o suspensión de la medida; estas operaciones, contempladas en el art. 97 CPE, consisten en revisiones de la medida de seguridad, donde el Juez o Tribunal sentenciador valoran el efecto del tratamiento en el pronóstico de peligrosidad del inimputable o semiimputable. En un sentido similar al de las penas, la revisión de la medida de seguridad puede verse modificada de este modo¹²⁸:

- a) Cese, al desaparecer la peligrosidad del sujeto, y conforme al art. 6.2 CPE, por el que la medida *no puede durar más de lo necesario para prevenir la peligrosidad del autor*.
- b) Suspensión, se cancela la ejecución de la medida ante una desaparición de la peligrosidad, si existe una previsión de que pueda reaparecer.
- c) Sustitución, cuando la medida impuesta no resulte eficaz a efectos terapéuticos, será posible aplicar otra de idéntica naturaleza o menos gravosa para el enfermo.

El art. 98 establece un mecanismo más riguroso para la revisión de las medidas que consistan en privación de libertad, en el que interviene el Juez de Vigilancia Penitenciaria correspondiente al lugar de internamiento; anualmente elevará al tribunal sentenciador una propuesta con alguna de las operaciones contempladas en el art. 97, encontrando su justificación a través de los informes que el equipo multidisciplinar emite. La realidad terapéutica, señala Ortiz Castillo, radica en la ineficacia de un mecanismo en el que las

¹²⁸A. GARCÍA ORTIZ, op. cit. p. 41.

decisiones judiciales sobre la salida del centro entran en conflicto con la gestión del centro psiquiátrico; la consecuencia es un mantenimiento contraproducente del paciente en el establecimiento, a quien se le priva de cambios que podrían resultar beneficiosos para su estado, y derivando en problemas ocupacionales. El estudio realizado por García Ortiz señalaba la escasa frecuencia con la que se emitían resoluciones sobre la sustitución de la medida de internamiento por una de carácter ambulatorio (en torno a 7 anuales) y la ineficacia de dichas resoluciones, incluso en lo que se refiere al cambio de centro de cumplimiento, debido a la falta de recursos para su ejecutoriedad, especialmente en el caso de medidas de corta duración. Ante medidas de larga duración, la situación más frecuente es la sustitución del internamiento por una medida de libertad vigilada (de la cual hablaremos al final de este capítulo).¹²⁹

A este respecto, cabría señalar que los arts. 97 y 98 son objeto de la reforma del CPE a través de la Ley Orgánica 5/2010, y que desde esta modificación se ha procurado la separación de competencias entre los tribunales sentenciadores y los jueces de vigilancia penitenciaria.¹³⁰ Así

¹²⁹ A. GARCÍA ORTIZ, op. cit. p. 37.

¹³⁰ Art. 97 CPE: *Durante la ejecución de la sentencia, el Juez o Tribunal sentenciador adoptará, por el procedimiento establecido en el artículo siguiente, alguna de las siguientes decisiones:*

a) Mantener la ejecución de la medida de seguridad impuesta.

b) Decretar el cese de cualquier medida de seguridad impuesta en cuanto desaparezca la peligrosidad criminal del sujeto.

c) Sustituir una medida de seguridad por otra que estime más adecuada, entre las previstas para el supuesto de que se trate. En el caso de que fuera acordada la sustitución y el sujeto evolucionara desfavorablemente, se dejará sin efecto la sustitución, volviéndose a aplicar la medida sustituida.

d) Dejar en suspenso la ejecución de la medida en atención al resultado ya obtenido con su aplicación, por un plazo no superior al que reste hasta el máximo señalado en la sentencia que la impuso. La suspensión quedará condicionada a que el sujeto no delinca durante el plazo fijado, y podrá dejarse sin efecto si nuevamente resultara acreditada cualquiera de las circunstancias previstas en el artículo 95 de este Código.

Artículo 98.1 CPE: *1. A los efectos del artículo anterior, cuando se trate de una medida de seguridad privativa de libertad o de una medida de libertad vigilada que deba ejecutarse después del cumplimiento de una pena privativa de libertad, el Juez de Vigilancia Penitenciaria estará obligado a elevar al menos anualmente, una propuesta de mantenimiento, cese, sustitución o suspensión de la misma. Para formular dicha propuesta el Juez de Vigilancia Penitenciaria deberá valorar los informes emitidos por los facultativos y profesionales que asistan al sometido a medida de seguridad o por las Administraciones Públicas competentes y, en su caso, el resultado de las demás actuaciones que a este fin ordene.*

se planteó en el caso expuesto en el Auto del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria número 2 de 10 de junio de 2016, y que se elevó al Tribunal Supremo por Auto el 10 de octubre), donde se planteaba un conflicto negativo de competencia acerca de la concesión de una salida terapéutica a un paciente del establecimiento psiquiátrico penitenciario de Sevilla. La cuestión suscitada (Razonamiento jurídico quinto del Auto por el que se plantea la cuestión de competencia ante el Tribunal Supremo de fecha 10 de octubre de 2016), la función del Juez de Vigilancia Penitenciaria debía limitarse a la proposición de medidas (atendiendo a valoraciones periódicas del sujeto, en este caso, a medida de seguridad), pero las alteraciones sustanciales en la ejecución del internamiento (como serían las salidas) tendrían un componente judicial en el que se debe atender al interés de las víctimas (se entiende que el tribunal sentenciador, al ser más próximo a las personas implicadas en el caso, toma las decisiones correspondientes atendiendo a otras circunstancias distintas de las del paciente, a diferencia de los jueces de vigilancia penitenciaria).

Esta cuestión fue resuelta posteriormente a raíz de un caso distinto pero de naturaleza similar; a través de la ATS 1398/2017 de 22 de marzo se entendió que la autorización de las salidas terapéuticas debían ser competencia del Juez de Vigilancia Penitenciaria correspondiente, entendiéndose que la reforma de 2010 no afecta al ámbito que se está tratando. Observamos, de este modo, que el control jurisdiccional de la medida de seguridad resulta equiparable al que se da en el cumplimiento de la pena.¹³¹

4.3.6. Referencia a internamiento de drogodependientes y personas con discapacidad sensorial

Recordando la enumeración de circunstancias de inimputabilidad y semiimputabilidad, quedaría señalar la situación de las personas drogodependientes o con alguna discapacidad sensorial; los arts. 102 y 103 CPE asociaban, respectivamente, las medidas de internamiento en centros de deshabituación y en centro educativo especial, respectivamente, y siempre en términos facultativos.

¹³¹ ATS 1398/2017 de 22 de marzo.

Sin embargo, parece que estas medidas nunca se han desarrollado con plenitud; la explicación puede radicar en la proliferación de los centros polivalentes, es decir, la concepción de espacios penitenciarios organizados de modo que sea posible la gestión de dependencias que en otras circunstancias funcionarían de modo independiente; el art. 12 LOGP reconoce la existencia de esta modalidad de establecimientos, que como vimos en capítulos anteriores, permiten la coexistencia de internos con perfiles diversos, siempre que el establecimiento se acomode a sus necesidades y se provean los tratamientos adecuados.¹³²

Cabría señalar, además, que a la situación de pacientes con patología dual (es decir, en la que el consumo de drogas ha derivado en la aparición de un trastorno psíquico) suele responderse bien dando preferencia al tratamiento de la enfermedad mental y declarar la medida de internamiento psiquiátrico o bien la prevalencia de la drogadicción y que la medida de seguridad esté dirigida al saneamiento de este aspecto.¹³³

4.4. LA MEDIDA DE LIBERTAD VIGILADA

La reforma del CPE del año 2010 introduciría esta nueva medida en el art. 106, en forma de un control de la libertad de aquel que hubiera sido condenado y puesto en libertad cuando su pronóstico de peligrosidad no sea favorable.¹³⁴ Aunque no se trata de una medida análoga al internamiento, es un mecanismo destinado a la supervisión del éxito del mismo; ya anticipábamos la importancia que la continuidad del tratamiento tiene para el enfermo mental, aunque en este caso, lo que se pretende es mantener el control social del individuo, que sigue siendo inestable.

Consiste en un conjunto de obligaciones y prohibiciones previstas en el apartado 1 del precepto, con la posibilidad de aplicar varias para su cumplimiento simultáneo, incluso ante la

¹³² P. LACAL CUENCA, “¿Debe un enfermo mental estar en prisión?. Situación actual y cuestiones que plantea la STC 84/2018, de 16 de julio”, *Revista General de Derecho Penitenciario* núm. 30, 2018, p. 9.

¹³³ A. GARCÍA ORTIZ, op. cit. p. 38.

¹³⁴ P.Á. RUBIO LARA, “Las Medidas de Seguridad tras la Reforma de la LO 5/2010, de 22 de junio, del Código Penal: Perspectivas Doctrinales y Jurisprudenciales. Problemas y Soluciones”, *Revista Aranzadi de Monografías*, núm. 25, p. 77.

comisión de varios delitos.¹³⁵ Los presupuestos para su aplicación serán, esencialmente, la previsible falta de reinserción del condenado y el peligro potencial de la víctima, en atención a los informes que los facultativos hayan emitido con respecto a la peligrosidad del autor, en el sentido de que previsiblemente vaya a cometer, concluida la condena, nuevos delitos de idéntica o distinta naturaleza.¹³⁶

Encajamos esta figura en el ámbito de las medidas de seguridad teniendo en consideración el elemento de peligrosidad criminal del sujeto; se busca prevenir la recaída, elemento común en sujetos inimputables y en reincidentes.¹³⁷

Cabría añadir la contribución de González Tascón, quien señala los tres métodos de pronóstico de peligrosidad del individuo, que servirán de herramientas para que el órgano jurisdiccional pueda pronunciarse, acerca de la imputabilidad o no del sujeto, y de la posible reincidencia del mismo, que como hemos visto, también cabe esperarse de los plenamente imputables. Se trata de un triple método¹³⁸:

- Intuitivo: el juez, probablemente a través de las máximas de experiencia y de una apreciación subjetiva, puede determinar un primer enfoque sobre la peligrosidad del individuo.

¹³⁵ Art. 106.1 CPE: (...) a) *La obligación de estar siempre localizable mediante aparatos electrónicos que permitan su seguimiento permanente.* b) *La obligación de presentarse periódicamente en el lugar que el Juez o Tribunal establezca.* c) *La de comunicar inmediatamente, en el plazo máximo y por el medio que el Juez o Tribunal señale a tal efecto, cada cambio del lugar de residencia o del lugar o puesto de trabajo.* d) *La prohibición de ausentarse del lugar donde resida o de un determinado territorio sin autorización del Juez o Tribunal.* e) *La prohibición de aproximarse a la víctima, o a aquellos de sus familiares u otras personas que determine el Juez o Tribunal.* f) *La prohibición de comunicarse con la víctima, o con aquellos de sus familiares u otras personas que determine el Juez o Tribunal.* g) *La prohibición de acudir a determinados territorios, lugares o establecimientos.* h) *La prohibición de residir en determinados lugares.* i) *La prohibición de desempeñar determinadas actividades que puedan ofrecerle o facilitarle la ocasión para cometer hechos delictivos de similar naturaleza.* j) *La obligación de participar en programas formativos, laborales, culturales, de educación sexual u otros similares.* k) *La obligación de seguir tratamiento médico externo, o de someterse a un control médico periódico.*

¹³⁶ P.Á. RUBIO LARA, “Las Medidas de Seguridad tras la Reforma de la LO 5/2010, de 22 de junio, del Código Penal: Perspectivas Doctrinales y Jurisprudenciales. Problemas y Soluciones”, *Revista Aranzadi de Monografías*, núm. 25, p. 80.

¹³⁷ E. AGUADO, M.JAÉN y Á.L. PERRINO, op.cit. 121.

¹³⁸ M-M. GONZÁLEZ TASCÓN, op. cit. p. 113.

- Científico o clínico: los médicos y especialistas, a través de informes previos, van a facilitar al juez el historial médico del sujeto; de este modo, se esclarecen circunstancias particulares del sujeto relacionadas con enfermedades mentales o discapacidades.
- Estadístico: los criminólogos aportan un informe meramente estadístico que permitirá determinar la conducta futura del sujeto, a efectos meramente teóricos.

CAPÍTULO 5. LOS PROBLEMAS QUE PLANTEA EL SISTEMA PENITENCIARIO ESPAÑOL FRENTE A LA SALUD MENTAL

En el presente capítulo vamos a esclarecer cuáles son las principales carencias, desde un punto de vista normativo y funcional, que impregnan el sistema penitenciario actual frente a un fenómeno tan relevante como es la prevalencia de los trastornos mentales en prisión.

5.1. EL ANÁLISIS DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS HUMANOS.

Los informes que la CPT ha realizado a este respecto resultan muy ilustrativas para el conocimiento de la situación presente; nos centraremos en el correspondiente al año 2020.¹³⁹

1- La inspección llevada a cabo en 6 prisiones encontró algunas deficiencias relevantes. Aunque los abusos por parte de los funcionarios no son frecuentes, se han denunciado algunos por presos ubicados en el módulo PAIEM del centro de Castellón II. Se hace una mención especial al caso de presos que recibían estos abusos tras autolesionarse, sabiendo que padecían enfermedades mentales. Ello entra en conflicto con los principios del régimen disciplinario, que no es aplicable a estos internos. En sentido contrario, se encontró que los presos ubicados en el primer grado en el centro de Sevilla II, pese a necesitar apoyo psicológico y psiquiátrico ante una situación *claramente perjudicial para su salud mental*, no se les facilitó.

Con respecto a la aplicación de medidas de sujeción mecánica, las principales observaciones realizadas guardan relación con su control y la ejecución de las garantías legalmente previstas. Su uso se mantiene, aunque ha disminuido, pero aún se aprecian irregularidades en relación

¹³⁹ Publicado en <https://rm.coe.int/1680a47a78>. Destaco los párrafos 46-48, 77, 80-89.

con su duración, que en muchos casos es excesiva, o con la escasa supervisión material y documental del cumplimiento. La Comisión observa que la situación que se da en la sujeción de un enfermo mental guarda más similitud con un castigo, destacando la ineficacia de este recurso en estos casos .

En lo relativo a la atención sanitaria, la CPT señala dos aspectos a mejorar. En primer lugar, como ya mencionamos anteriormente, que la cesión de competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas, a tenor de la Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, no ha tenido lugar. En segundo lugar, la escasez de medios personales especializados en la atención a la salud mental, es escaso debido al poco atractivo que este cometido genera para los candidatos al sector público.

El informe muestra un especial interés en el desarrollo de los módulos PAIEM y de la atención psiquiátrica en las prisiones, en general. Se insiste en que las instituciones ordinarias no se configuren como un hospital psiquiátrico; en este sentido, lo óptimo será que las personas con trastorno mental *continuo y agudo* reciban una atención sanitaria y no penitenciaria, en centros específicos para ello, donde el suministro de un tratamiento terapéutico sea prioritario; sin embargo, reconoce el CPT que la escasez de plazas es un problema que persiste en los dos hospitales psiquiátricos penitenciarios que hay en España. En términos generales, la atención psiquiátrica, a la que se destinan los párrafos 99-104 del informe, parece insuficiente, y su gestión en las prisiones se aproxima a la de un hospital psiquiátrico.

Los módulos PAIEM funcionan de un modo similar al departamento de atención especializada para presos con problemas de aprendizaje (poniendo como ejemplo el Módulo 14 de la prisión de Madrid VII); si bien su funcionamiento es aceptable, lo óptimo sería acudir a centros especializados para el internamiento de estos condenados.

2) El examen de la situación de los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios parece más exhaustivo y preciso en la determinación de la situación actual en España, debido a que el CPT visita y valora ambos establecimientos. En términos generales, se aprecia la diligencia del personal funcional, pero se critica su escasez. Se destaca el problema de la ausencia de

trabajadores cualificados, reconociendo asimismo que, aunque la oferta pública de plazas sería suficiente, los puestos que se ofrecen no resultan atractivos para los posibles candidatos.

La situación en cuanto al uso de medios coercitivos es generalmente aprobada por el CPT; sin embargo, parecen existir fuertes diferencias entre la situación del centro de Sevilla y el de Albacete. Por un lado, se advierte una predilección por el uso de fármacos para el retroceso de los estados de agitación que puedan sobrevenir en el paciente; por otra parte, la sujeción mecánica está siendo utilizada con una frecuencia menor, pero aún se sigue cuestionando que se observen todas las garantías para que su ejecución resulte acorde a los derechos del paciente. Se incide, asimismo, en el principio de control judicial de estas medidas, y que el papel del juez no descansa únicamente en la aprobación de los medios coercitivos y las restricciones a la libertad, sino que también debe analizar detenidamente las circunstancias del caso, analizando las posibles infracciones o abusos.

Se formulan algunas indicaciones en relación con la falta de autonomía y participación de los pacientes en la toma de decisiones; por ejemplo, se señala el escaso conocimiento de los pacientes sobre la situación procesal en la que se encuentran. Además, se introduce una referencia al suministro forzoso de la medicación como una medida de optimización del funcionamiento de la institución. En este sentido, no habría registros del consentimiento otorgado por los tutores de los pacientes que autoricen esta práctica, pero los pacientes tampoco tienen la posibilidad de negarse a esta administración farmacológica.

5.2. ANÁLISIS DE LA CUESTIÓN DESDE UNA PERSPECTIVA DOCTRINAL

La doctrina jurídica se ha pronunciado sobre anomalías relacionadas con la gestión de la salud mental en el ámbito penitenciario. Destacan algunas aportaciones sobre cuestiones concretas:

1- Arroyo Cobo señala los buenos resultados que una correcta derivación de los condenados puede conllevar, a efectos de alcanzar beneficio social y la eficiencia económica; critica la desviación entre los criterios normativos y terapéuticos en la situación de los enfermos mentales, pues la derivación que reciben a menudo no responde a las necesidades asistenciales,

sino a criterios normativos y formalistas.¹⁴⁰ Barrios Flores se pronuncia en un sentido similar cuando afirma que lo regimental impera sobre lo asistencial¹⁴¹; el enfoque que aporta a esta cuestión, sin embargo, es más amplio, porque no se refiere con exclusividad a los mecanismos de derivación de los autores de delitos, sino al contenido mismo del cumplimiento de la condena o medida de seguridad. De la lectura de su publicación puede inferirse una involución en esta materia, porque si bien en un inicio las labores de los equipos técnicos no estaban previstas normativamente, estos actuaban de facto conforme a las necesidades terapéuticas del enfermo. En la actualidad, los equipos de tratamiento han visto disminuidas sus capacidades en aras de una aproximación al régimen penitenciario, que genera un distanciamiento del elemento asistencial o sanitario que la institución penitenciaria debería proveer.

2- Los equipos multidisciplinarios sirven como un enlace entre los internos y el juez de vigilancia penitenciaria, pues es competente para la determinación de determinados aspectos de la situación del interno, y en consecuencia, los profesionales más cercanos al afectado asumen una función meramente informadora y solicitante, en la medida en que sus observaciones y propuestas son valoradas por el juez para determinar qué posibilidades existen, conforme a la ley, de introducir mejoras en la situación del reo.

3- Desde una perspectiva estrictamente funcional, Barrios Flores advierte que en los hospitales psiquiátrico-penitenciarios no se aplica la organización jerárquica propia de los establecimientos sanitarios; en esta escala, el Jefe de Servicio (el especialista, en este caso el psiquiatra) actúa bajo la supervisión del Director Médico¹⁴² y se le considera un *referente en el ámbito asistencial*, pero esta figura dejó de observarse en los años 90 en los establecimientos psiquiátricos-penitenciarios; el escenario actual es que estos establecimientos disponen de varios jefes de servicios y numerosos puestos intermedios a su cargo, pero no se observa la especialidad en el ámbito de la psiquiatría; la falta de coordinación entre estos profesionales

¹⁴⁰ J.M ARROYO COBO, “Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2011, núm. 13, pp. 100-111.

¹⁴¹ L.F. BARRIOS FLORES, “Origen, evolución y crisis de la institución psiquiátrico penitenciaria”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, núm. 100, 2007; p. 485.

¹⁴² Art. 25.2 del Real Decreto 521/1987, 15 abril, que aprueba el Reglamento sobre estructura, organización y funcionamiento de los hospitales gestionados por el Instituto Nacional de la Salud

deriva en un vacío asistencial que intenta rellenarse con instrumentos regimentales, aproximando la institución al modelo penitenciario y distanciándose del ámbito sanitario.¹⁴³

Relacionado con la cuestión anterior, si bien desde una perspectiva abstracta y filosófica, está la dicotomía entre el enfermo mental y el criminal; se trata de un debate histórico sobre la concepción que el enfermo mental que ha cometido hechos delictivos tiene en nuestra sociedad. La respuesta a esta cuestión se encuentra en los mecanismos que las instituciones públicas establezcan para abordar esta cuestión. En Europa en general, y particularmente en España, se observa una cierta evasión del problema; el desarrollo de los hospitales psiquiátrico penitenciarios se ha tratado como una cuestión secundaria, pese al notorio aumento de la población penitenciaria con trastornos psíquicos. En la opinión de Arroyo Cobo, una gestión eficiente de este problema, aprovechando los recursos ya disponibles, sería remitir a los internos con TMG a los hospitales psiquiátrico penitenciarios, y aplicar medidas de seguridad distintas al internamiento a aquellos con trastornos comunes, buscando una graduación de la carga asistencial y de contención acorde a la peligrosidad del sujeto. En este sentido, la coordinación entre las administraciones sanitarias, judiciales y penitenciarias deben mantener una coordinación constante. Se trata de que los criterios legales establecidos para abordar el problema no entren en conflicto con las soluciones objetivamente óptimas, que serían las que reduzcan la peligrosidad criminal y eviten la reincidencia de los enfermos mentales.¹⁴⁴

4- Un análisis jurídico de la cuestión nos hace plantear la legalidad del cumplimiento de la medida de seguridad de internamiento en prisiones ordinarias en lugar de hospitales psiquiátrico-penitenciarios. Siguiendo la doctrina de Arroyo Cobo, debemos tener en consideración el art. 97 CPE, del que se extrae un requisito de flexibilidad en la imposición de la medida, para entender que el desarrollo de esta medida de internamiento debe responder a los intereses asistenciales, por lo que se admitirían distintos modelos de ejecución; cabría entender que el requisito exigible, bajo este criterio, es que lugar de internamiento sea el más

¹⁴³ BARRIOS FLORES, “Origen, evolución y crisis de la institución psiquiátrico penitenciaria”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, núm. 100, 2007; p. 494.

¹⁴⁴ J.M. ARROYO COBO, “El modelo de atención a los problemas de salud mental en IIPP. Una respuesta al debate permanente ¿enfermo o delincuente?”, *Cuaderno de Psiquiatría Comunitaria*, Vol. 12, núm. 1, 2014, pp. 18-19.

favorable y no necesariamente el hospital psiquiátrico penitenciario¹⁴⁵. No parece discutirse la posibilidad de que el enfermo mental pueda cumplir la medida de seguridad en una prisión en términos de legalidad, sino de utilidad. García Ortiz añade que este fenómeno sí sería contrario a la disposición del art. 3.2 CPE, teniendo en consideración el silencio normativo acerca del cumplimiento de medidas de seguridad en centros ordinarios; los preceptos que indican lugares de cumplimiento se refieren principalmente a “centros psiquiátricos” (art. 96 CPE), de establecimientos adecuados al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie (101 CPE), centros psiquiátricos (arts. 7 y 11 LOGP) y Establecimientos o Unidades Psiquiátricas penitenciarias (art. 183 RP)¹⁴⁶. Los módulos PAIEM no pueden identificarse con las Unidades Psiquiátricas en los centros penitenciarios, por lo que la asistencia que pueden ofrecer tampoco resulta satisfactoria al no disponer los medios que en un espacio sanitario podrían encontrarse. Puede hablarse, además, de una cierta ambigüedad normativa acerca de los centros de deshabitación, y en su lugar, se prevé únicamente *la colaboración convencional entre los establecimientos penitenciarios con otras Administraciones Públicas y entidades*.¹⁴⁷

5- El caso del enfermo mental declarado culpable del delito merece también una atención independiente del caso del inimputable. La salud mental, como ya hemos destacado, no es un ámbito que exclusivamente se deba tener en consideración para determinar la culpabilidad del sujeto, sino que es un aspecto al que la Administración Penitenciaria debe prestar una especial atención, pues forma parte del reiterado deber de preservar la salud de la población penitenciaria (arts. 3.4 LOGP), con independencia de la situación en la que se encuentre el interno. La salud mental en el entorno penitenciario puede ser susceptible de alteración, pero también resulta frecuente la manifestación de algún trastorno previo, advertido o no en el

¹⁴⁵ J.M. ARROYO COBO, “El modelo de atención a los problemas de salud mental en IIPP. Una respuesta al debate permanente ¿enfermo o delincuente?”, *Cuaderno de Psiquiatría Comunitaria*, Vol. 12, núm. 1, 2014, pp. 20-21.

¹⁴⁶ Art. 183 RP: *Los Establecimientos o Unidades Psiquiátricas penitenciarias son aquellos centros especiales destinados al cumplimiento de las medidas de seguridad privativas de libertad aplicadas por los Tribunales correspondientes.*

¹⁴⁷ J. NISTAL BURÓN, “Los establecimientos penitenciarios”, *Derecho Penitenciario: enseñanza y aprendizaje*, Editorial Tirant lo Blanch, 2015, p. 81.

proceso judicial, que sin embargo no incide en la culpabilidad del autor del delito. Para el tratamiento de aquellos condenados que padezcan trastornos psíquicos, y que por ello cumplen el internamiento en prisiones ordinarias, la necesidad de mantener la función resocializadora de la pena concurre con el tratamiento y el seguimiento de su trastorno ponen al enfermo mental en un régimen complejo, en el que la rehabilitación psicosocial debe operar con una mayor cautela. En un principio, el espacio idóneo para la atención de estas necesidades será el PAIEM, cuyo éxito parece demostrado. Lo que podemos plantearnos es hasta qué punto la gestión de un espacio en el que confluyen los jurídicamente considerados imputables e inimputables deriva en una gestión justa y eficiente.¹⁴⁸

6- La perspectiva de la puerta giratoria, una metáfora reconocida en el fenómeno de la reincidencia delictiva, es un factor relevante para valorar la calidad del sistema penitenciario. Zabala Baños analiza los factores clínicos y no clínicos (serían, por ejemplo, la edad, el sexo, la extensión del historial delictivo o el grado de precariedad durante su vida presente o pasada) que parecen tener incidencia en la peligrosidad criminal de un sujeto con trastornos psíquicos. Desde el punto de vista clínico, las investigaciones a nivel internacional se han centrado en determinar la relación entre el trastorno psíquico y la peligrosidad criminal; si bien los resultados difieren en atención a las muestras y zonas geográficas analizadas¹⁴⁹ Zabala Baños extrae algunas conclusiones precisas. Entiende que el mayor peligro de incurrir en reincidencia, especialmente en lo relativo a delitos menores, lo corren los sujetos drogodependientes, y particularmente, adictos a la heroína y a las anfetaminas, teniendo en

¹⁴⁸ J.M. ARROYO COBO, “El modelo de atención a los problemas de salud mental en IIPP. Una respuesta al debate permanente ¿enfermo o delincuente?”, *Cuaderno de Psiquiatría Comunitaria*, Vol. 12, núm. 1, 2014, p. 24.

¹⁴⁹ En su estudio, Zabala Baños expone algunas cifras derivadas de estudios de la cuestión desde el Derecho comparado, con resultados que conjuntamente analizados pueden arrojar una perspectiva genérica de la realidad. Cabe destacar:

- Un estudio en prisiones estadounidenses en 2010 reveló que los condenados con trastornos mentales serían reincidentes en los 385 días posteriores a su puesta en libertad.
- El riesgo de reincidencia es sensiblemente mayor en internos con patología dual, con trastornos de la personalidad, trastorno límite de la personalidad, déficit de atención.
- Un estudio realizado con personas con enfermedades mentales graves que salen de las cárceles de Nueva York demostró que la tasa de autores de delitos violentos era menor en la población con enfermedad mental que en la población general.

cuenta que el riesgo se incrementa en el caso del policonsumo. En un sentido más amplio, los estudios realizados en los años 90 y principios del 2000 emitían un espectro de cerca del 37% de reincidencia entre la población penitenciaria en general; la cifra, sin embargo, parece aumentar cuando se trata de personas sujetas a una medida de seguridad, arrojando una proporción del 81%. Según señala, la tasa parece decrecer cuando la gestión de la medida de seguridad es adecuada, con una administración eficiente del tratamiento y una integración en instituciones comunitarias posteriores al cumplimiento de la medida se reduce sensiblemente la peligrosidad criminal.

La tasa de reincidencia es una cuestión escasamente analizada en el ámbito español, por lo que los resultados que podamos extraer son meramente orientativos.

Conclusiones propias y reflexiones finales

1- Las fuentes acerca de la realidad penitenciaria no esclarecen la situación actual en relación con la atención a la salud mental de los internos.

2- La salud mental es una materia que en los últimos años está ganando notoriedad en nuestra sociedad, pero la gestión para una óptima incorporación a los programas de salud pública es, por ahora, insuficiente y poco satisfactoria, especialmente en los establecimientos penitenciarios.

3- La complejidad del estudio de esta cuestión radica en la controversia entre lo reglamentario y lo funcional; las garantías jurídicas de las que el interno dispone al ingresar a un establecimiento penitenciario se ven a menudo solapadas por una regulación imprecisa sobre problemas específicos. Los Derechos Humanos, y en particular los relacionados con la salud, se ven eclipsados por las carencias normativas.

4- El sistema penitenciario español sufre unas importantes carencias en la gestión de la salud mental entre la población reclusa, tanto en prisiones como en hospitales psiquiátricos-penitenciarios. La consecuencia, aparte de las evidentes vulneraciones a la normativa vigente puede acarrear, es probablemente una deficiente resocialización de los

condenados y un mayor recelo de la comunidad a la aceptación de estos individuos. Se trata de un fenómeno contraproducente con los fines de la pena y conflictivo con la adecuada administración de justicia.

5- La administración de los establecimientos psiquiátrico-penitenciarios se plantea, históricamente, como una cuestión secundaria; la falta de recursos y de interés en el uso de las medidas de seguridad deriva en que estas opciones se reserven únicamente para casos extremos. La excepcional aplicación del art. 60 CPE, pese a existir mecanismos para ello, demuestra el escaso interés en la resocialización de los enfermos mentales, aún aceptando la dificultad que ello conlleva. La gestión de estos centros, que normativamente debería tener un carácter terapéutico y asistencial, llega a confundirse con las prisiones ordinarias. La solución a este desequilibrio ha sido establecer las prisiones como lugares de cumplimiento de medidas de seguridad, y la creación de módulos para personas con trastornos psíquicos, como el PAIEM o el UTE, equiparando a estos sujetos a otros que no presentan singularidades.

6- Uno de los principales frenos a la eficiente gestión sanitaria es la escasa relevancia pública que se le da al problema, que parece quedarse dentro de los límites infranqueables de los establecimientos penitenciarios, y que como tal, que corresponde a la Administración penitenciaria darle respuesta con los recursos que reglamentariamente tiene a su alcance. Estos recursos, de hecho, no son suficientes para satisfacer el deber de fomentar la resocialización en un grupo tan extenso de individuos, como son los enfermos mentales; los agentes externos a la prisión, con la que deben cooperar a través de convenios, tienen un papel fundamental en el proceso de resocialización.

7- Del análisis histórico de la cuestión puede observarse una progresiva toma de conciencia del problema de la salud mental en relación con la privación de libertad, al que se ha respondido con mecanismos que prefieren considerar al enfermo como interno y no a la inversa; se trata de una solución poco satisfactoria en el que la enfermedad mental pasa a ser una característica más de un interno común, y no un obstáculo a la resocialización. La encomiable labor que la SGIIPP ha llevado a cabo para abordar esta controversia derivará en la integración de todos los internos en el MARPS, que se está convirtiendo lentamente en una realidad.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

LIBROS, MONOGRAFÍAS Y MANUALES

AGUADO FERNÁNDEZ, E. (Director), JAÉN VALLEJO, M. (Autor) y PERRINO PÉREZ, Á.L. (Autor), *Penas, medidas de seguridad y otras consecuencias jurídicas del delito*, 2017.

ACKERKNECHT, E.H. *Breve historia de la psiquiatría*, Seminari d'estudis sobre la ciència, 2003.

ARROYO COBO, J.M. “El modelo de atención a los problemas de salud mental en IIPP. Una respuesta al debate permanente ¿enfermo o delincuente?”, *Cuaderno de Psiquiatría Comunitaria*, Vol. 12, N.º 1, 2014, pp. 13-27.

ARROYO COBO, J.M. “Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria* núm 13, 2011, pp. 43-54.

BARAS GONZÁLEZ, M. “El régimen penitenciario”, *Derecho penitenciario: enseñanza y aprendizaje*, DE VICENTE MARTÍNEZ, R. (Directora), Editorial Tirant lo Blanch, 2015. Lección 5.

BARRIOS FLORES, L.F., “El empleo de medios coercitivos en prisión (Indicaciones regimental y psiquiátrica)”, *Revista de Estudios Penitenciarios*, núm. 253, 2007, pp. 61-100.

BARRIOS FLORES, L.F. “Origen, evolución y crisis de la institución psiquiátrica penitenciaria”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 27, núm. 100, 2007, pp. 474-500.

BARRIOS FLORES, L.F. “El internamiento psiquiátrico penal en España: situación actual y propuestas de futuro”, *Norte de salud mental*, 2021, vol. XVII, núm. 64, pp. 25-38.

BASTIDA RIBAS, L.A. “¿Se puede obligar a tratar a un enfermo mental en Prisión?”, *Cuaderno de Psiquiatría Comunitaria*, Vol. 12, núm. 1, 2014, pp. 37 - 50.

BENITO LÓPEZ, R. y GARCÍA ALMONACID, J.A. “La intervención de las ONG’S y el voluntariado en el medio penitenciario”, *Revista de Estudios Penitenciarios*, Extra 2019, pp. 75-87.

- BERDUGO GÓMEZ DE LA TORRE, I. *Manual de Derecho Penitenciario*, USAL, Colex, 2001.
- CEREZO, A. y DÍAZ, D. “El enfermo mental en el medio penitenciario español”, *International e-Journal of Criminal Science*, Artículo 2, núm. 10, 2016.
- CERVELLO DONDERIS, V. *Derecho Penitenciario*, Editorial Tirant lo Blanch, 4a Edición, 2016.
- COCHO SANTALLA, C.; NOCETE NAVARRO, L.; LÓPEZ ÁLVAREZ, I.; CARBALLEIRA CARRERA, L.; FERNÁNDEZ LIRIA, A. “Experiencia y actitudes de los profesionales de salud mental en torno a las prácticas coercitivas directas: revisión bibliográfica de estudios cualitativos”, *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*; 38(134), 2018, pp. 419-449.
- CUENCA GÓMEZ, P. “La adaptación de la normativa penitenciaria española a la convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad, informe propuesta”, 2019.
- CUTIÑO RAYA, S. “Algunos datos sobre la realidad del tratamiento en las prisiones españolas”, *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, 17-11, 2015.
- DE MARCOS MADRUGA, F. “Artículos 58-60, disposiciones comunes”, *Comentarios prácticos al Código Penal*, GÓMEZ TOMILLO, M. (Director), Vol. 1, 2015.
- ESPINOSA-LÓPEZ, R. y VALIENTE-OTS, C. “¿Qué es el trastorno mental grave y duradero?” *eduPsykhé*, Revista de psicología y educación, vol. 16-1, 2017, pp. 4-14.
- GARCÍA ORTIZ, A.M, “Los trastornos mentales en el medio penitenciario: Situación actual y propuesta de mejora”, *Revista de Estudios Penitenciarios* núm. 263, 2021, pp. 9-69.
- GALÁN CÁCERES, J.C. (Fiscal Jefe de la Fiscalía Provincial de Badajoz). “Los medios coercitivos y las limitaciones regimentales (arts. 72 y 75 del Reglamento Penitenciario)”, *Jornadas de Especialistas en Vigilancia Penitenciaria*, Madrid, Mayo 2017.
- GIL RODRÍGUEZ, M.T. “La influencia histórica y actual de las anomalías psíquicas en la responsabilidad penal y en la prisión”, *Salud Mental y Privación de Libertad, Aspectos Jurídicos e Intervención*, MATA MARTÍN, R.M. (Director) y MONTERO HERNANZ, T. (Coordinador) Editorial Bosch, 2021, Capítulo 3.
- GONZÁLEZ DE RIVERA, J.L. “Evolución histórica de la Psiquiatría”, *Psiquis*, 1998; 19 (5), pp. 183-200.

GONZÁLEZ TASCÓN, M.M. “Medidas de corrección y seguridad”, *Las consecuencias jurídicas del delito*, Editorial Tirant lo Blanch, 2017, Capítulo IX.

GONZÁLEZ TEJEDOR, D. “Programa de intervención de enfermos mentales en el medio penitenciario”, *Salud Mental y Privación de Libertad, Aspectos Jurídicos e Intervención*, MATA MARTÍN, R.M. (Director) y MONTERO HERNANZ, T. (Coordinador) Editorial Bosch, 2021, Capítulo 8.

GUTIÉRREZ GALLARDO, R. *Centros penitenciarios y el Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales (PAIEM)*, disponible en <https://ficip.es/wp-content/uploads/2017/06/Guti%C3%A9rrez-Gallardo.-Comunicaci%C3%B3n.pdf>

JAVATO MARTÍN, A.M. “La ejecución de la medida de seguridad de internamiento en centro psiquiátrico”. *Salud Mental y Privación de Libertad, Aspectos Jurídicos e Intervención*, MATA MARTÍN, R.M. (Director) y MONTERO HERNANZ, T. (Coordinador) Editorial Bosch, 2021, Capítulo 2.

LACAL CUENCA, P.; PEÑARANDA DEL RÍO, J.; SOLAR CALVO, P. “¿Debe un enfermo mental estar en prisión?. Situación actual y cuestiones que plantea la STC 84/2018 de 16 de julio”, *Revista General de Derecho Penal* 30, 2018.

LACAL CUENCA, P. y SOLAR CALVO, P. “El enfermo mental en prisión. ¿Interno o paciente?”. *Salud Mental y Privación de Libertad, Aspectos Jurídicos e Intervención*, MATA MARTÍN, R.M. (Director) y MONTERO HERNANZ, T. (Coordinador) Editorial Bosch, 2021, Capítulo 9.

MARTÍNEZ DE MORATÍN LLAMAS, L. “Tutela y curatela en el Derecho romano”, *Revista General de Derecho romano*, núm. 35, 2020.

MATA MARTÍN, R.M. “La protección de la salud mental en los centros penitenciarios”, *Salud Mental y Privación de Libertad, Aspectos Jurídicos e Intervención*, MATA MARTÍN, R.M. (Director) y MONTERO HERNANZ, T. (Coordinador) Editorial Bosch, 2021, Capítulo 1.

MUÑOZ CONDE, F. *Derecho Penal Parte general*, Tirant lo Blanch, 10ª edición, 2019.

MUÑOZ CONDE, F. *Teoría general del delito*, Tirant lo Blanch, 4ª Edición, 2007.

MUÑOZ GAJATE, M. “Seguridad y Tratamiento Penitenciario: dos realidades compatibles”, *Revista de Estudios Penitenciarios Extra-2019*, pp 207-218.

NISTAL BURÓN, J. “Los establecimientos penitenciarios”, *Derecho penitenciario: enseñanza y aprendizaje*, DE VICENTE MARTÍNEZ, R. (Directora), Editorial Tirant lo Blanch, 2015. Lección 4.

ORTEGA MATESANZ, A. “Trastornos mentales apreciados durante la ejecución de la pena. La suspensión de la ejecución de la pena por la vía del art. 60 CP”, *Salud Mental y Privación de Libertad, Aspectos Jurídicos e Intervención*, MATA MARTÍN, R.M. (Director) y MONTERO HERNANZ, T. (Coordinador) Editorial Bosch, 2021, Capítulo 5.

POZUELO RUBIO, F. “Los Programas Específicos de Tratamiento, rindiendo homenaje a los 40 años de la Ley Orgánica General Penitenciaria 1/1979”, *Revista de Estudios Penitenciarios*, Extra 2019, pp. 243-261.

PRESENCIO SERRANO, E. “Proyecto Hombre, 30 años trabajando con personas con problemas de adicciones en prisiones”, *Revista de Estudios Penitenciarios*, Extra 2019, pp. 261-275.

ROCA DE AGAPITO, L. (Director) y BERNAL DEL CASTILLO, J. (Coautor), *Las consecuencias jurídicas del delito*, Editorial Tirant lo Blanch, 2017.

RUBIO LARA, P.Á. *Teoría de la pena y consecuencias jurídicas del delito, análisis doctrinal y jurisprudencial*, Monografías Tirant lo Blanch, Valencia, 2017.

RODRÍGUEZ YAGÜE, C. “La gestión de la sanidad penitenciaria: un reto inmediato del sistema español”, *Salud Mental y Privación de Libertad, Aspectos Jurídicos e Intervención*, MATA MARTÍN, R.M. (Director) y MONTERO HERNANZ, T. (Coordinador) Editorial Bosch, 2021, Capítulo 6.

SANZ DELGADO, E. “De la disciplina a la seguridad integral: Los medios coercitivos y la homeostasis penitenciaria”, *Anuario de derecho penal y ciencias penales*, 1, Tomo 72, Fasc/Mes 1, 2019, pp. 347-402.

SEGOVIA BERNABÉ, J.L. “La intervención de las ONG’S y el voluntariado en el medio penitenciario”, *Revista de Estudios Penitenciarios*, Extra 2019, pp. 289-303.

VARGAS ARAGÓN, M.L. “Rehabilitación psicosocial como rehabilitación personal: la frontera justicia/salud”, *Salud Mental y Privación de Libertad, Aspectos Jurídicos e Intervención*, MATA MARTÍN, R.M. (Director) y MONTERO HERNANZ, T. (Coordinador) Editorial Bosch, 2021, Capítulo 7.

VIZUETA FERNÁNDEZ, J. “El trastorno mental grave apreciado después de dictarse sentencia firme. El art. 60 del Código Penal”, *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, núm. 29, 2007, Artículo 09-04.

ZABALA BAÑOS, C. *Prevalencia de los trastornos mentales en prisión: Análisis de la relación con delitos y reincidencia*, Tesis doctoral, 2016. Editada por la Secretaría General Técnica del Ministerio del Interior, Publicada en el Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado, disponible en

http://www.interior.gob.es/documents/642317/1201664/Prevalencia_de_trastornos_mentales_en_prision_126170587_web.pdf/19568d3f-ffb3-4f28-9539-ca646e9cf475