

# **PRIMER FORO SOBRE JUSTICIA SOCIAL Y PENAL**

## **SALUD MENTAL Y EJECUCIÓN PENAL**

**Vitoria-Gasteiz, 10 y 11 de Abril de 2003**  
**Lugar: ESCUELA UNIVERSITARIA DE TRABAJO SOCIAL  
DE ALAVA. Universidad del País Vasco**

# **JUSTIZIA SOZIALA ETA PENALAREN LEHEN FOROA**

## **BURU- OSASUNA ETA BETEARAZTE PENALA**

**Vitoria-Gasteiz, 2003ko Apirilaren 10 eta 11an.**  
**Lekua: ARABAKO GIZARTE LAN-UNIBERTSITATE ESKOLA.**  
**Euskal Herriko Unibertsitatea.**

- **INFORMACIÓN GENERAL**
- **INDICE DE MATERIALES**

## ➤ **INFORMACIÓN GENERAL**

La Secretaría Técnica General del Foro estará situada en el hall de entrada de la Escuela Universitaria de Trabajo Social a efectos tanto de información general como de exposición de materiales, punto de encuentro, etcétera; espacio este en el que además se podrán consultar los paneles indicativos del seminario de profundización elegido por cada una de las personas participantes. Las responsables de la Secretaría (Lorena y Olatz) te atenderán en Euskara y Castellano.

A modo de nota de interés general, sabed que frente a la Escuela se encuentra el Pabellón Universitario que cuenta con cafetería y comedor (en el que dispondréis de menús económicos). Para evitar las aglomeraciones, que se generan a mediodía, se recomienda a aquellos que tengan intención de comer en el mismo que lo hagan a partir de las dos y media.

**EL ACTO INAUGURAL, LAS SESIONES PLENARIAS Y MESAS REDONDAS** se celebrarán en el **AULA MAGNA DE LA FACULTAD DE FILOLOGÍA E HISTORIA**. Los **SEMINARIOS DE PROFUNDIZACIÓN** tendrán lugar en la **ESCUELA UNIVERSITARIA DE TRABAJO SOCIAL**. La adscripción de cada persona a cada seminario se ha realizado tratando de respetar la opción personal registrada en la hoja de inscripción, en la medida que el espacio físico y el tamaño máximo nos lo ha permitido, se celebrarán simultáneamente en las siguientes aulas:

## **PRIMERA SESIÓN. JUEVES 10 DE ABRIL:**

- **Acto Inaugural: AULA MAGNA. FACULTAD FILOLOGIA (10 h.).**
- **Mesa Redonda AULA MAGNA. FACULTAD FILOLOGIA (10,30 a 12 h.)**
- **Seminarios de profundización ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL  
(12,30 a 14 h. por la mañana, y a la tarde de 16 a 17,30 h.)**

**SEMINARIO 1:** (Juan Luis Figuerido) **AULA MAGNA. FACULTAD FILOLOGIA**

**SEMINARIO 2:** (Jesús Valverde) **AULA 4. ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

**SEMINARIO 3:** (Enric Vicens) **AULA 3. ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

- **Presentación de conclusiones y Clownclusiones  
AULA MAGNA. FACULTAD FILOLOGIA (18 h. )**

## **SEGUNDA SESIÓN. DIA, VIERNES 11 DE ABRIL:**

- **Mesa Redonda AULA MAGNA. FACULTAD FILOLOGIA (10 a 12 h.)**
- **Seminarios de profundización: ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL  
(por la mañana de 12,30 a 14 h.)**

**SEMINARIO 1:** (J. A. Rodriguez) **AULA MAGNA. FACULTAD FILOLOGIA**

**SEMINARIO 2:** (Antonio Errasti) **AULA 2. ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

**SEMINARIO 3:** (Lourdes Dueñas/Ana Cobo) **AULA 3. ESCUELA TRABAJO SOCIAL**

- **Presentación de conclusiones  
AULA MAGNA. FACULTAD FILOLOGIA E HISTORIA (16 a 17 h.)**
- **Valoración del Foro, preparación del próximo y Clownclusiones  
AULA MAGNA. FACULTAD FILOLOGIA E HISTORIA (17 h.)**

## ➤ INFORMAZIO OROKORRA

## ➤ MATERIALAREN AURKIBIDEA

### ➤ INFORMAZIO OROKORRA

Foroaren Idazkaritza Tekniko Orokorra, Gizarte Lan Unibertsitate Eskolako sarreran dago. Idazkaritza Tekniko Orokor hau guztion elkargunea da; bertan, informazio orokorraz galde dezakezue, partehartzaile bakoitzari dagokion sakontzeko mintegia zein den azaltzen duen panela kontsultatu dezakezu, material erakusketa bat ikusgai dago, etab. Idazkaritzaren arduradunek (Lorena eta Olatz) euskaraz zein gazteleraz artatuko zaituzte.

Eskolaren aurrean dagoen Unibertsitateko Pabiloian kafetegia eta jangela (menu merkeak dauden aukeran) daude. Bertan bazkaltzeko asmoa duzuenoi, bazkalorduan sortzen diren ilara luzeak ekiditeko, eguerdiko ordu bi eta erdietatik aurrera joatea gomendatzen dizuegu.

**AURKEZPEN EKITALDIA, MAHAI INGURUAK ETA ONDORIOEN AURKEZPENAK FILOLOGIA ETA HISTORIAKO ARETO NAGUSIAN** izango dira. Aldiz, **SAKONTZEKO MINTEGIAK**, pareko eraikinean burutuko dira **GIZARTE LAN UNIBERTSITATE ESKOLAN**. Partehartzaile bakoitzari dagokion mintegia, lekuak ahalbidetzen zuen neurrian, aurretik izen emandako hura izaten saiatu gara. Ondorengo ikasgeletan burutuko dira:

## **LEHENENGO SAIOA. APIRILAK 10, OSTEGUNA:**

- **Aurkezpen ekitaldia. ARETO NAGUSIA. FILOLOGIA FAKULTATEA (10etan).**
- **Mahai ingurua. ARETO NAGUSIA. FILOLOGIA FAKULTATEA (10,30etatik 12etara).**
- **Sakontzeko mintegia. GIZARTE LAN ESKOLA (goizeko 12,30etatik 14etara eta arratsaldeko 16etatik 17,30etara).**

**1 MINTEGIA:** (J. L. Figuerido) **ARETO NAGUSIA.**FILOLOGIA FAKULTATEA.

**2 MINTEGIA:** (Jesús Valverde) **4. GELA.** GIZARTE LAN ESKOLA.

**3 MINTEGIA:** (Enric Vicens) **3. GELA.** GIZARTE LAN ESKOLA.

- **Ondorioen aurkezpena eta Klowndorioak. ARETO NAGUSIA. FILOLOGIAKO FAKULTATEA (18etan)**

## **BIGARREN SAIOA. APIRILAK 11, OSTIRALA:**

- **Mahai ingurua. ARETO NAGUSIA. FILOLOGIA FAKULTATEA (10etatik 12etara).**
- **Sakontzeko mintegia. GIZARTE LAN ESKOLA (goizeko 12,30etatik 14etara).**

**1 MINTEGIA:** (J. A. Rodríguez) **ARETO NAGUSIA.** FILOLOGIA FAKULTATEA.

**2 MINTEGIA:** (Antonio Errasti) **2. GELA** GIZARTE LAN ESKOLA.

**3 MINTEGIA:** (Lourdes Dueñas/Ana Cobo) **3. GELA** GIZARTE LAN ESKOLA.

- **Ondorioen aurkezpena. ARETO NAGUSIA. FILOLOGIA FAKULTATEA (16etatik 17etara).**
- **Foroaren balantzea, hurrengoaren prestaketa eta Klowndorioak ARETO NAGUSIA. FILOLOGIA FAKULTATEA (17etan).**

# INDICE DE MATERIALES

En este dossier incluimos tres tipos de materiales:

1. Las ponencias y esquemas aportados por cada uno de los ponentes,
2. Algunos documentos que hemos considerado interesantes sobre estos temas, entresacados de entre los existentes,
3. Y hemos incluido también referencias bibliográficas de otros documentos y fuentes de información de las que disponemos para profundizar en salud mental y ejecución penal.

## ❖ PONENCIAS INCLUIDAS EN EL DOSSIER

### PRIMERA SESION: SALUD MENTAL EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS

- ✓ INTERCONSULTA PSIQUIÁTRICA PENITENCIARIA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE PRESO. Juan Luis Figuerido Poulain, Especialista en Psiquiatría y Magíster en Psiquiatría Legal. **PAG. 11**
- ✓ PRISIONIZACIÓN Y SU INCIDENCIA SOBRE LA SALUD MENTAL MEDIOS PARA EVITARLA. “La cárcel y sus consecuencias. La intervención sobre la conducta desadaptada”; Capítulo 4, *Consecuencias del Internamiento Penitenciario*. Jesús Valverde Molina, Profesor de Intervención Psicológica sobre la Conducta desadaptada (Universidad Complutense de Madrid). **PAG. 22**
- ✓ PSIQUIATRÍA Y CÁRCEL. Enric Vicens Pons, Director del Área de Psiquiatría Penitenciaria del Servicio de Salud Mental (San Joan de Déu). **PAG. 45**

### SEGUNDA SESION: ALTERNATIVAS A LA PRISIÓN EN SALUD MENTAL

- ✓ ALTERNATIVAS A LA PRISIÓN EN SALUD MENTAL. Jose Antonio Rodríguez, Juez de lo Penal. **PAG. 58**
- ✓ MECANISMOS PARA LA EXCARCELACIÓN DE PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL. Antonio Errasti, Médico del Equipo de Intervención de Toxicomanías en el C.P. de Nanclares. **PAG. 72**
- ✓ RECURSOS INTERMEDIOS PARA PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y PENAS O MEDIDAS JUDICIALES. Lourdes Dueñas, Trabajadora social y Ana Cobo, Servicio de Asistencia y Orientación al detenido, S.A.O.S.-Bizkaia. **PÁG. 76**

## ❖ OTROS DOCUMENTOS DE INTERES INCLUIDOS

- ✓ CARTA AL PORTAVOZ DE LA COMISIÓN DE SANIDAD DEL GRUPO PARLAMENTARIO MIXTO (por parte de La Junta Directiva de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria). **PAG. 77**
- ✓ “ESPAÑA: AUMENTAN LOS ENFERMOS PSÍQUICOS EN LA CÁRCEL, DENUNCIAN LOS CAPELLANES”. Artículo, página web: ZENIT.org. Madrid, Septiembre 2002. **PAG. 80**
- ✓ SALUD MENTAL Y PRISIONES. Rafael Herrera Valencia, Coordinador del Equipo de Salud Mental del Distrito Bahía-Vejer. Cádiz. Rev. Esp. Sanid. Penit. 2000. **PAG. 82**
- ✓ LA ATENCIÓN A PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES EN LAS PRISIONES. Mariano Hernández Monsalve y Julián Espinosa Iborra. Conferencia multilateral organizada por el Consejo de Europa-Programa de actividades para el desarrollo y la consolidación de la estabilidad democrática. Estrasburgo. Diciembre 1999. **PAG. 87**
- ✓ RECOMENDACIÓN NO. R (99) 22 CONCERNIENTE AL HACINAMIENTO DE LAS PRISIONES Y AL INCREMENTO DE LA POBLACIÓN PENITENCIARIA. Consejo de Europa, Comité de Ministros. Septiembre 1999. **PAG. 96**
- ✓ RECOMENDACIÓN REC (2000) 22 DEL COMITÉ DE MINISTROS A LOS ESTADOS MIEMBROS PARA MEJORAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS REGLAS EUROPEAS SOBRE SANCIONES Y MEDIDAS COMUNITARIAS. Consejo de Europa, Comité de Ministros. Noviembre 2000. . **PAG. 102**

## ❖ OTRAS REFERENCIAS DOCUMENTALES EXISTENTES

- ✓ RECOMENDACIÓN NO. R (92) 16 DEL COMITÉ DE MINISTROS A LOS ESTADOS MIEMBROS SOBRE LAS REGLAS EUROPEAS DE SANCIONES Y MEDIDAS COMUNITARIAS. CONSEJO DE EUROPA, Comité de Ministros. Octubre 1992.
- ✓ MODEL D'ATENCIÓ DE LA UNITAT POLIVALENT PSIQUIÀTRICA DEL CENTRE PENITENCIARI "QUATRE CAMINS". Serveis de Salut Mental, Sant Joan de Déu. Febrero 2002.
- ✓ INTEGRACIÓN DE LA SANIDAD PENITENCIARIA. PERSPECTIVAS DE FUTURO. P. Saíz de la Hoya. Rev. Esp. Sanid. Penit. 2000.
- ✓ PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVO EN EL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA DEL CENTRO PENITENCIARIO DE HOMBRES DE BARCELONA. F. Herraiz Gonzalo. Rev. Esp. Sanid. Penit. 1999.
- ✓ PERFIL CLÍNICO Y DELICTIVO DE LOS ENFERMOS INGRESADOS EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO PENITENCIARIO DE ALICANTE. C. Iñigo, M<sup>a</sup> D. Pérez-Cáceres, E. Osuna, E. Cabrero, A. Luna. Rev. Esp. Sanid. Penit. 1999.
- ✓ PERFIL PATOLÓGICO DEL INTERNO INGRESADO EN LA ENFERMERÍA DE UN CENTRO PENITENCIARIO. A. Martínez Cordero. Rev. Esp. Sanid. Penit. 2000.
- ✓ LA REFORMA DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN EL ÁMBITO PENITENCIARIO: SITUACIÓN TRAS CINCO AÑOS DE APLICACIÓN. E. Durand. Rev. Esp. Sanid. Penit. 2000.
- ✓ ALGUNOS ASPECTOS DE LA SANIDAD PENITENCIARIA EN LOS PAÍSES MIEMBROS DE LA UNIÓN EUROPEA. J. M. Arroyo. Rev. Esp. Sanid. Penit. 2001.
- ✓ RELACIÓN ENTRE SALUD MENTAL Y PRIVACIÓN O RESTRICCIÓN DE LIBERTAD. E. de La Lama. Rev. Esp. Sanid. Penit. 2000.
- ✓ UN SIGLO DE PSIQUIATRÍA PENITENCIARIA. L. F. Barrios Flores. Rev. Esp. Sanid. Penit. 2000.
- ✓ PRISIONES Y SALUD MENTAL. C. Iñigo y J. M. Arroyo. Rev. Esp. Sanid. Penit. 1999.
- ✓ EL SUICIDIO EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS: I. RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL. L. F. Barrios Flores. Rev. Esp. Sanid. Penit. 2001.
- ✓ MANEJO DEL PACIENTE VIOLENTO EN PRISIÓN. A. Martínez, R. Hinojal. Rev. Esp. Sanid. Penit. 1998.

- ✓ CARTA A LA SECRETARÍA PERMANENTE DEL CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL S.N.S Y DE SU COMITÉ CONSULTIVO (POR PARTE DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA). Madrid, Mayo de 2002.
- ✓ LA SANIDAD PENITENCIARIA. Vicente Martín Sánchez. Artículo, página web: [www.elpais.es/suplementos/salud/20010327/tribuna.html](http://www.elpais.es/suplementos/salud/20010327/tribuna.html).
- ✓ CONVENIO ASISTENCIA SANITARIA CENTROS PENITENCIARIOS PAÍS VASCO. Vitoria-Gasteiz, a 20 de noviembre de 1995.
- ✓ DECRETO 272/1986 DE 25 DE NOVIEMBRE POR EL QUE SE REGULA EL USO DE LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS CENTROS HOSPITALARIOS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO. Boletín Oficial País Vasco N. 1986242. Diciembre 1986.
- ✓ DEFICIENTES MENTALES INTERNADOS EN CENTROS PENITENCIARIOS ANDALUCES. Informe especial al Parlamento de Andalucía. Defensor del Pueblo Andaluz. Julio 2000.
- ✓ INFORME SOBRE LA ASISTENCIA SANITARIA EN PRISIÓN. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. DIARIOMEDICO.com
- ✓ ATENCIÓN COMUNITARIA DE LA ENFERMEDAD NERVIOSA. LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL CRÓNICA QUE RECIBEN ATENCIÓN NO HOSPITALARIA EN CAPV. Ararteko 2000.
- ✓ DEFICIENTES MENTALES INTERNADOS EN CENTROS PENITENCIARIOS ANDALUCES. INFORME ESPECIAL AL PARLAMENTO DE ANDALUCÍA. Defensor del Pueblo Andaluz. 2000.
- ✓ INFORME ANDALUZ DEL PARLAMENTO. 1997.
- ✓ INFORME SOBRE LOS SERVICIOS Y PRESTACIONES SANITARIAS LOCALIZADAS POR EL DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y OSAKIDETZA – SERVICIO VASCO DE SALUD, DIRIGIDOS AL PERSONAL INTERNO DE LOS CENTROS PENITENCIARIOS DE LA C.A.P.V. AÑO 2000-2001. Gobierno Vasco Dpto. de Sanidad Viceconsejería de Sanidad. Dirección de Financiación y Contratación Sanitaria. 2002.
- ✓ INFORME SOBRE LOS SERVICIOS Y PRESTACIONES SANITARIAS LOCALIZADAS POR EL DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y OSAKIDETZA – SERVICIO VASCO DE SALUD, DIRIGIDOS AL PERSONAL INTERNO DE LOS CENTROS PENITENCIARIOS DE LA C.A.P.V. Año 2000. Gobierno Vasco Dpto. de Sanidad Viceconsejería de Sanidad Dirección de Financiación y Contratación Sanitaria . 2000.
- ✓ ENMIENDA DE TOTALIDAD A LA MESA DEL PARLAMENTO VASCO SOBRE “EXCARCELACIÓN DE PERSONAS QUE HAN DESARROLLADO EL SIDA”. Abril 2002.
- ✓ INFORME SOBRE LA ASISTENCIA SANITARIA EN PRISIÓN DIARIO MÉDICO. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria.

- ✓ PROTOCOLOS Y PROGRAMAS ELEMENTALES PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD MENTAL. Tizón. San José, Nadal Herder. 2000.
- ✓ LEY GENERAL DE SANIDAD. Ley 14/1986 de 25 de Abril.
- ✓ CONVENIO MARCO DE ASISTENCIA DE 20 DE NOVIEMBRE DE 1995, ENTRE DPTO. DE SANIDAD DEL GOBIERNO VASCO Y OSAKIDETZA Y LA SECRETARIA DE ESTADO DE ASUNTOS PENITENCIARIOS DEL MINISTERIO DE JUSTICIA E INTERIOR.
- ✓ PLAN DE ACCIÓN DE LA UNIÓN EUROPEA SOBRE DROGAS 2000-2004.
- ✓ PROPUESTA DE INTEGRACIÓN DE LA SANIDAD PENITENCIARIA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. Documento de trabajo de la S.E. de sanidad Penitenciaria.
- ✓ Editorial: Asistencia Psiquiátrica en los C.P. Españoles: OTRA ASIGNATURA PENDIENTE. Julio Bobes y Andrés Martínez. Revista Española de Sanidad Penitenciaria 2001.
- ✓ ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE PSICOFÁRMACOS EN EL C.P. DE LEÓN. ANÁLISIS COMPARATIVO. M.A. Cañas, J. Cañas y MA. Torre. Revista Española de Sanidad Penitenciaria 2001.
- ✓ ALGUNOS ASPECTOS DE LA SANIDAD PENITENCIARIA EN LOS PAÍSES MIEMBROS DE LA U.E. JM. Arroyo. Revista Española de Sanidad Penitenciaria 2001.
- ✓ ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS. Iñaki Markez, Petra Paula Merino y Mónica Póo. Capítulo de la ponencia-libro sobre “La atención a la salud mental de la población reclusa” en el XXII Congreso de la AEN, Junio de 2003, Oviedo.

## ❖ PÁGINAS WEB DE INTERÉS

- ✓ [www.diariomédico.com](http://www.diariomédico.com)
- ✓ [www.ddhh.cl/tratados/68\\_sp.htm](http://www.ddhh.cl/tratados/68_sp.htm).
- ✓ [www.nami.org/helpine](http://www.nami.org/helpine)
- ✓ [www.personal.redestb.es](http://www.personal.redestb.es)
- ✓ [www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/h\\_comp34\\_sp.htm](http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/h_comp34_sp.htm)
- ✓ <http://personal.redestb.es/apsa/apoyotext.htm>
- ✓ [www.sesp.es/sep/propuesta/principal.htm](http://www.sesp.es/sep/propuesta/principal.htm)
- ✓ [www.diariomedico.com/entorno/ent300501comcuatro.html](http://www.diariomedico.com/entorno/ent300501comcuatro.html)
- ✓ [www.nami.org/helpline/dualdiagnosis-sp.html](http://www.nami.org/helpline/dualdiagnosis-sp.html)
- ✓ [www.feaps.org/Voces/331/331-carceles.htm](http://www.feaps.org/Voces/331/331-carceles.htm)
- ✓ [www.feaps.org/programas/Reclusos.htm](http://www.feaps.org/programas/Reclusos.htm)
- ✓ [www.usuarios.intercom.es/masba/TEXTO14A.htm](http://www.usuarios.intercom.es/masba/TEXTO14A.htm)
- ✓ [www.diariomedico.com/sanidad/san250701comcuatro.html](http://www.diariomedico.com/sanidad/san250701comcuatro.html)
- ✓ [www.ddhh.cl/tratados/68\\_sp.htm](http://www.ddhh.cl/tratados/68_sp.htm)
- ✓ [www.rppapm.es/boletin/bol49/iniciativas.htm](http://www.rppapm.es/boletin/bol49/iniciativas.htm)
- ✓ [www.fiscalia.org/circulares/cons5-99.htm](http://www.fiscalia.org/circulares/cons5-99.htm)
- ✓ [www.pulso.com/aen/8-doc9.htm](http://www.pulso.com/aen/8-doc9.htm)
- ✓ <http://www.txoriherri.com/carcom.htm>
- ✓ [www.mir.es/pnd/coopera/html/planesp.htm](http://www.mir.es/pnd/coopera/html/planesp.htm)
- ✓ [www.mir.es/pnd/coopera/html/estresp.htm](http://www.mir.es/pnd/coopera/html/estresp.htm).
- ✓ [www.senado.es/legis7/publicaciones/pdf/senado/bocg/l0534.PDF](http://www.senado.es/legis7/publicaciones/pdf/senado/bocg/l0534.PDF)
- ✓ [www.dinarte.es/salud-mental/pdf12\\_2/orig01.pdf](http://www.dinarte.es/salud-mental/pdf12_2/orig01.pdf)
- ✓ [www.ojp.usdoj.gov/nij/speeches/menill.htm](http://www.ojp.usdoj.gov/nij/speeches/menill.htm)
- ✓ [inicia.es/de/herreroabogados/publicaciones/Alternativas.htm](http://inicia.es/de/herreroabogados/publicaciones/Alternativas.htm)
- ✓ [www.aic.gov.au/conferences/outlook99/lucas.pdf](http://www.aic.gov.au/conferences/outlook99/lucas.pdf)
- ✓ [www.nicic.org/services/video/fy2002/mental-jails/jailmentalbib.pdf](http://www.nicic.org/services/video/fy2002/mental-jails/jailmentalbib.pdf)

## ❖ PONENCIAS

### PRIMERA SESION: SALUD MENTAL EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS

#### INTERCONSULTA PSIQUIÁTRICA PENITENCIARIA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE PRESO.

**Juan Luis Figuerido Poulain, Especialista en Psiquiatría y  
Magíster en Psiquiatría Legal.**

#### INTRODUCCION

El tema que vamos a tratar, ofrece cierta dificultad debido a las escasas referencias bibliográficas sobre la **interconsulta psiquiátrica en este medio**, y a que las que hemos encontrado no son plenamente aplicables a nuestro entorno, ya que corresponden a países, con diferente legislación, asistencia sanitaria y cultura. Existen, además, importantes limitaciones metodológicas como ausencia de grupo control y de las descripciones originadas en la práctica clínica (Valdiserri 1984, Meltzer 1997)

Desde el punto de vista de la **práctica clínica en nuestro medio**, en las próximas páginas expondremos el modelo de interconsulta que seguimos en el Centro Penitenciario de Nanclares de la Oca.

Para su exposición vamos a dividir la ponencia en cinco apartados

- 1) **El Centro Penitenciario de Nanclares de la Oca y la comunidad autónoma del País Vasco.**
- 2) **Organización Psiquiátrica Penitenciaria: Definición de interconsulta psiquiátrica penitenciaria, descripción del medio, y finalidad.**
- 3) **Clínica Psiquiátrica Penitenciaria: consideraciones generales sobre el funcionamiento, y recursos con los que contamos.**
- 4) **Condiciones y problemas de la interconsulta psiquiátrica en la prisión.**
- 5) **Rendimiento de nuestro modelo.**

#### **1) El Centro Penitenciaria de Nanclares de la Oca y la Comunidad Autónoma del País Vasco-Euskadi**

El País Vasco tiene una extensión es de 7261 Km. cuadrados y su población ronda, según datos del censo de 1997 los dos millones cien mil habitantes .

La Comunidad Autónoma Vasca (C.A.V.) tiene transferidas del gobierno central de Madrid casi todas las competencias entre ellas la de Sanidad (Servicio Vasco de Salud-Osakidetza).

La transferencia de las competencias en materia penitenciaria ha sido solicitada al gobierno central según consta en el "Informe Ibarretxe".

Las instituciones penitenciarias de la C.A.V. dependen de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias (DGIP), adscrita al Ministerio del Interior del Gobierno Central de Madrid.

En el País Vasco existen tres centros penitenciarios, ubicados respectivamente en cada provincia: centro penitenciario de Basauri en Vizcaya, Martutene en Guipúzcoa y Nanclares de la Oca en Álava. En total la población penitenciaria actual es de alrededor de 1100 internos.

**TABLA I : POBLACION PENITENCIARIA EN EL PAIS VASCO**

|           | Varones   | Mujeres | Total |
|-----------|-----------|---------|-------|
| Nanclares | 533 (24)  | 77 (1)  | 610   |
| Martutene | 251 (35)  | 13      | 264   |
| Basauri   | 230 (30)  | 0       | 230   |
| Total     | 1014 (89) | 90 (1)  | 1104  |

- **Valores aproximados**

- **(n): internos que han sido vinculados al M.L.N.V.**

Según datos de Junio 2000 el centro penitenciario de Nanclares de la Oca alberga una población de unos 610 reclusos (55 % del total de población penitenciaria de la comunidad).

Es el único centro de cumplimiento del País Vasco, y el único que cuenta con un médico de presencia física las veinticuatro horas del día. Los centros de Martutene y Basauri son para preventivos. Sin embargo, estos últimos albergan también a reclusos que cumplen condenas menores de cinco años.

Como datos orientativos podemos destacar que un 20% de los internos son extranjeros, que hay un bajo número de mujeres (entre un 10 y un 15% del total).

## **2) Organización Psiquiátrica Penitenciaria**

¿Psiquiatrización de las prisiones?

En los últimos años venimos asistiendo a la aparición de múltiples artículos que hablan de la progresiva psiquiatrización de las cárceles, y del establecimiento de un movimiento de sujetos entre las prisiones y los psiquiátricos. Este corresponde a un trasvase de los casos socialmente conflictivos del estamento sanitario al penitenciario de acuerdo con la situación de cada país.

En nuestro caso, la reforma psiquiátrica española se ha realizado rápidamente, y las estructuras intermedias de cuidado a largo plazo no se han desarrollado con la misma rapidez y por tanto no han amortiguado el impacto de los cambios en algunos enfermos (Valbuena 1994)

En muchas ciudades el elevado número de enfermos mentales en prisión ha originado en las cárceles una extensión de la atención médica comunitaria (Arboleda- Flórez 1999)

Definición de interconsulta psiquiátrica penitenciaria,

La psiquiatría forense ha sido definida por la Academia Americana de Psiquiatría y Ley, (1989, 1991) como "una subespecialidad de la psiquiatría en la que la pericia científica y clínica se aplica a cuestiones jurídicas en un contexto legal que comprende materias civiles, penales, penitenciarias o legislativas"

Son muchos los ámbitos en los que el psiquiatra forense puede intervenir. Por una parte, podemos agrupar las intervenciones en procesos civiles, penales, laborales, canónicos etc., y, en otro grupo, la atención en diversas organizaciones, entre las que destaca la práctica psiquiátrica penitenciaria.

La necesidad de servicios psiquiátricos en las prisiones ha sido descrita como "*el más necesario pero menos asequible de los servicios de salud que requieren los presos*" (Petrich 1976). La psiquiatría en prisión, en oposición al resto de subespecialidades, es un campo impopular. Haleck (1980) ha señalado la insuficiencia de psiquiatras disponibles en el trabajo de la prisión, que es considerado como "*profesional y económicamente no gratificante*".

La naturaleza estresante de las prisiones, por el hacinamiento, junto a la limitación de recursos disponibles y la gravedad de la psicopatología encontrada, desanima a los psiquiatras a trabajar en ellas. A pesar de la poca atención que se presta a la práctica psiquiátrica penitenciaria, esta constituye un desafío que, normalmente, no se encuentra en la práctica profesional ordinaria con pacientes generales, hospitalizados, o en la práctica judicial. La elevada prevalencia de trastornos psiquiátricos agudos en las prisiones ocasiona una mayor necesidad de psiquiatras en este medio. (Valdiserri 1984)

Finalidad de la interconsulta psiquiatrica

La organización de la atención psiquiátrica en el centro penitenciario de Nanclares, la podemos dividir en dos áreas:

- 1) Atención de toxicómanos: llevada a cabo por la asociación Lur Gizen, cuenta con un equipo formado por una psiquiatra, un médico general especializado en drogodependencias y un psicólogo, y
- 2) La interconsulta psiquiátrica: realizada por el servicio de psiquiatría del Hospital Santiago Apóstol de Vitoria, que cuenta con un psiquiatra consultor

Es decir que este tipo de atención la realiza personal ajeno a instituciones penitenciarias.

Hay pocos psiquiatras entrenados en el tratamiento de los pacientes psiquiátricos en los Centros Penitenciarios, y pocos médicos de otras especialidades que se sientan cómodos atendiendo a pacientes psiquiátricos. Esta atención requiere un profundo conocimiento de la clínica psiquiátrica, farmacología, y medio penitenciario. La atención de interconsulta pretende, además de la lógica tarea asistencial, formar al equipo médico de la prisión en esta difícil área de intervención y conseguir que se termine con la marginación del paciente psiquiátrico (Ley General de Sanidad, 1986).

Los enfermos que son objeto de trabajo del psiquiatra forense en realidad no son distintos de los que pueda ver el psiquiatra general y no presentan enfermedades distintas que diferencien dichas subespecialidades. Sí hay importantes diferencias en el manejo administrativo de los pacientes que han realizado infracciones o delitos de aquellos que no los presentan.

La interconsulta psiquiátrica en el Centro Penitenciario de Nanclares fue creada en el año 1996, de conformidad al convenio suscrito entre Instituciones Penitenciarias y el Servicio Vasco de Salud (Osakidetza). La finalidad de la interconsulta psiquiátrica es múltiple, tal como se aprecia en la tabla II-

#### **TABLA II FINALIDAD DE LA INTERCONSULTA PSIQUIÁTRICA:**

- A. Solucionar las peticiones de consulta psiquiátrica en cuanto a Tratamiento precoz de trastornos psiquiátricos y Prevención de recaídas.se refiere
- B. Asesoramiento al cuadro médico-sanitario del centro.
- C. Participación en programas de formación
- D. Estar alerta ante la posible aparición de un “síndrome de desgaste profesional “Burn out” en los miembros del equipo médico del centro.

#### **3) Clínica psiquiátrica penitenciaria: consideraciones generales sobre el funcionamiento, y recursos con los que contamos**

Un aspecto importante a tratar es el referido al funcionamiento y recursos que tenemos. Nuestra actividad, en principio, es equivalente a la de un servicio de consulta interdepartamental. En general la intervención está dirigida a resolver situaciones determinadas; limitándose el fin de la consulta a evaluar, informar y aconsejar al médico de la prisión sobre el problema concreto que formula, dejando en sus manos el desarrollo de la acción específica sugerida, dado que tienen formación específica en psiquiatría.

En Nanclares, al ingreso, cada interno es entrevistado por un médico del equipo del centro penitenciario. La interconsulta comienza de modo programado, mediante una llamada telefónica de un médico del equipo del centro penitenciario. al psiquiatra consultor, aportando los datos de filiación del recluso a atender y la patología detectada, para establecer una atención prioritaria según la gravedad del caso.

De modo previo a la valoración se abre una historia clínica de cada paciente, que queda en la unidad de custodia del Hospital. La consulta se realiza un día a la semana, pero, si es preciso, el recluso es trasladado al Hospital para su valoración. Tras la primera consulta, además del diagnóstico y recomendaciones terapéuticas se establece la necesidad o no de seguimiento por el psiquiatra o si es un paciente “asumible” por los médicos de la prisión.

En los diversos estudios realizados, se advierte que las tasas de morbilidad psiquiátrica varían dependiendo de cómo es definido el “caso” (Kauffman 1980).

Desde el punto de vista preventivo (prevención secundaria), la consulta psiquiátrica en el medio penitenciario permite la detección precoz de alteraciones psíquicas, especialmente psicosis, trastornos del estado de ánimo, comorbilidad, que nos darán idea de su gravedad en el período más accesible a la terapia.

La consulta se realiza en el centro penitenciario, entre otros motivos por cuestiones de seguridad y ahorro económico, dado que se evita el traslado de los internos, y por la necesidad de conocimiento del medio.

Disponemos de un despacho propio. La relación médico paciente es respetada en su privacidad, no existiendo personal de seguridad en las inmediaciones, de modo que no se producen interferencias por personal del centro penitenciario u otros factores externos.

Las cuestiones que se abordan en el extrahospitalario lo constituyen las urgencias y los ingresos. Las urgencias psiquiátricas que sobrepasan la capacidad de contención del equipo médico de la prisión, son remitidas a nuestra consulta en horario laboral, o al servicio de urgencias, previa comunicación telefónica con el psiquiatra consultor en horario extra laboral. Caso de existir una duda diagnóstica, descompensación aguda o riesgo de autoagresión, el paciente es hospitalizado en el Hospital Santiago Apóstol.

Esta hospitalización se realiza en la unidad de agudos del servicio de psiquiatría, junto al resto de ciudadanos, siendo los pacientes custodiados por la Ertzaintza (policía autónoma vasca). Paulatinamente advertimos un aumento del número de hospitalizaciones. Algunas de ellas podrían evitarse o aplazarse por la aplicación de la denominada “circular de prevención de suicidios”, en la que un interno voluntario “controla” al paciente enfermo. Tras la implantación del nuevo código Penal (1996) es más difícil encontrar un recluso que participe como interno de apoyo, puesto que no obtiene ningún beneficio penitenciario, y, en cambio, adquiere una gran responsabilidad. En el anterior código penal se podía redimir la pena por trabajo (limpieza, talleres) o por el apoyo a otros internos. Este beneficio no existe en el código vigente.

En caso de existir una disminución, de origen psicopatológico, de la capacidad de juicio del interno y, de conformidad a la Constitución Española (artículo 15) y a la LOGP (Art. 76.1), a fin de preservar la vida y la integridad física del individuo, el paciente es hospitalizado contra su voluntad, previa comunicación a la Juez de Vigilancia Penitenciaria.

Quizá el principal problema de la hospitalización es la falta de centros de media estancia. El único Hospital psiquiátrico penitenciario es el de Foncalent, cuyo acceso está restringido por falta de camas y el veto a presos preventivos.

#### **4) Condiciones y problemas de la interconsulta psiquiátrica en la prisión.**

##### Características de la población a atender

El perfil del paciente corresponde a un varón de una media de edad de 30 años, nacido en un barrio obrero de Bilbao e hijo de inmigrantes.

La biografía de la mayoría de los reclusos refleja significativos ejemplos de baja escolarización, y abandono, así como de la falta de un entorno continente, con pérdidas precoces (por separación o por muerte) de uno o ambos progenitores. El alcoholismo, y la violencia suele ser una experiencia habitual en su infancia, tanto en casa como en las calles.

La mayoría de ellos han cometido algún delito contra personas o propiedades, y últimamente aumenta el número de los que llegan a la cárcel por delitos contra la salud pública.

La evaluación de los reclusos que habitan las prisiones pone de relieve que la mayoría de ellos han tenido dificultades para controlar sus impulsos, padeciendo trastornos pertenecientes al Cluster B: dimensión de impulsividad y ansiedad. Muchos de los reclusos han tenido también dificultades prolongadas para establecer relaciones permanentes. Tienden a desconfiar de la gente, a veces con razón, puesto que suelen provenir de ambientes en los que se recompensa poco la dependencia con los demás y el control de los propios impulsos.

Quizá una de las cosas que más llaman la atención cuando se comienza a trabajar en el entorno carcelario es el empobrecimiento del lenguaje, la pérdida del vocabulario habitual que es sustituido por uno nuevo. El aislamiento sociofamiliar que sufre la población carcelaria contribuye a esta progresiva y grave pérdida, con aparición del argot carcelario. Éste contamina, con llamativa facilidad, al personal de la prisión. Los profesionales de la salud debemos evitar cuidadosamente esta contaminación, para no contribuir aún más al aislamiento, a la estructuración del “ghetto” y a la estigmatización del individuo que pertenece a él.

Los presos son estadísticamente más agresivos, y reivindicativos, que la población no reclusa. La impulsividad y el mal control emocional explican las reacciones violentas frente a la frustración. El acto autoagresivo es más frecuente en los reclusos preventivos y especialmente durante los primeros días de cárcel y en horas nocturnas. Los medios más usados son: la ingestión de sustancias y cuerpos extraños, y la lesión por objeto cortante. Surgen frecuentemente como respuesta a problemas regimentales o decisiones judiciales, a problemas familiares o a problemas de salud. Raramente son debidos a una enfermedad mental evolutiva (Bénézech y col. 1990).

El manejo del interno que realiza un acto autoagresivo, siendo consciente de que es una manipulación para evitar su traslado a otra prisión o para motivar su ingreso hospitalario, no es tarea sencilla. Los gestos suicidas pueden interpretarse como autocastigos, como reacciones al estrés o como reacción contra un entorno que no facilita la comunicación, y que generalmente no responde a las demandas.

El grupo más difícil corresponde a los autoagresores recidivantes, con múltiples cicatrices en brazos, cuello, abdomen y piernas. Se trata de personas con una larga historia de mala adaptación, frecuentemente asociada a violencia sobre terceros.

Dentro de las prisiones existe una alta prevalencia de trastornos relacionados con sustancias. La heroína es la sustancia preferida, siguiéndole las benzodiacepinas y el cannabis, y con menor prevalencia los psicoestimulantes. Este consumo debe tenerse en cuenta a la hora de hacer el diagnóstico diferencial.

### Características del medio

La prisión constituye un entorno emocionalmente estresante y físicamente peligroso, que no sólo afecta al personal, sino también a la salud mental de los presos (Halleck 1980). Se ha hablado de un cierto nihilismo terapéutico, ya que muchos presos son descritos como crónicos, recidivantes y reingresos. Las cárceles son estresantes, son entornos alterados donde los internos sufren inactividad, carencias afectivas con separación de sus grupos de apoyo, y la frustración de sus necesidades instintivas, además de la deshumanización que supone el encarcelamiento por sí mismo (Tanay 1982).

A menudo el terapeuta está expuesto a actuar movido por sentimientos “negativos” que pueden minar la relación con los reclusos, el personal de prisiones y la administración (Adler 1982). Puesto que gran parte de los presos tiene dificultades por su tendencia a proyectar y externalizar, un psiquiatra que se identifique en exceso con ellos será incapaz de ayudarles a clarificar el papel que pueden desempeñar en un determinado incidente que exige solución. La ira que siente un recluso en respuesta a un determinado acontecimiento puede estar justificada, pero el psiquiatra no podrá ayudarlo a encontrar soluciones adaptativas a experiencias similares que pueden tener lugar en su vida futura. Además de estos sentimientos señala Adler que las personas que deciden trabajar en las prisiones a menudo están intrigadas por las historias de crímenes de los reclusos. Estos crímenes son acciones concretas que la mayoría de las personas se permiten sólo en la fantasía. El conocimiento de los detalles empuja a una identificación ambivalente con el recluso, que ha sido incapaz de impedir lo que otros reprimen.

Resulta peligroso que el recluso advierta, de manera más o menos consciente, que es admirado o envidiado por lo que se considera su maldad y no por sus cualidades o acciones positivas. No obstante, es importante reiterar que los reclusos tienden a externalizar y generalizar la maldad del mundo y de la gente, concretándola en la autoridad. Un encuentro con un psiquiatra que se supone representa a la autoridad y al poder, y que, como parte de él, es honrado, empático y no punitivo, puede proporcionar un nuevo tipo de experiencia que

contradiga la primitiva generalización. Además, permite que el recluso se enfade con el psiquiatra como representante de la autoridad y experimente si su ira puede destruir la relación con su psiquiatra o si, por el contrario, es incapaz de provocarle.

El temor a la violencia es frecuente, pero lo más probable, afortunadamente, es que el recluso que se inhiba en lugar de actuar, y si bien las fantasías de peligro son frecuentes, los ataques físicos al personal encargado de la salud mental son muy raros. Pocos psiquiatras siguen trabajando en la prisión a menos que la responsabilidad terapéutica y administrativa pasen a sus manos o se sientan fuertemente apoyados por un programa que ponga de relieve su valor, su competencia y el respeto que merece.

Cuestión aparte merece el tipo de relación mantenido con personal de la prisión. El psiquiatra general puede sentir en ocasiones que sus estrategias y opiniones son ignoradas o incluso boicoteadas. Para el psiquiatra, acostumbrado al modelo de hospitalización tradicional, la respuesta inicial a sus esfuerzos puede ser una importante fuente de sentimientos ambivalentes respecto a su rol en la prisión. Estos conflictos entre el psiquiatra y el equipo médico del correccional mejoran con una buena comunicación y con un respeto y valoración mutuos.

### Tratamiento

El psiquiatra suele ser “bombardeado con peticiones de medicación, especialmente benzodiazepinas” (Valdiserri 1984). Esta petición es comprensible por el estrés asociado a la encarcelación. El uso de medicación no está siempre indicada o garantizada, requiriendo en ocasiones gran esfuerzo y mucho tiempo disuadir al interno de tomar medicación que no está indicada.

En ocasiones asistimos a una sobreprescripción de medicación antipsicótica, en un intento de controlar los síntomas de agresividad, impulsividad o inestabilidad emocional en pacientes borderline. Su uso rutinario puede señalar una respuesta “agresiva” a dicho bombardeo. Frecuentemente nos encontramos con pacientes con síndromes deficitarios, lo cual puede generar sentimientos de pesimismo hacia el tratamiento.

Lo más apropiado suele ser la intervención en crisis, con intervenciones limitadas en el tiempo y objetivos definidos para focalizar el tratamiento y disminuir la sintomatología.

Uno de los principales problemas con los que nos enfrentamos es la ruptura del vínculo terapéutico por los cambios de prisión, excarcelaciones, cumplimientos de condena o extradiciones, lo cual puede generar la impresión de que el tratamiento en la prisión es poco relevante.

Ya hemos hablado de las dificultades para hospitalizar a los reclusos. En el momento actual lo realizamos en la planta de psiquiatría de un Hospital General. Tenemos conocimiento de una propuesta realizada en fechas

recientes ante el Parlamento Vasco para la creación de modo experimental de equipamientos intermedios entre el hospital y el centro penitenciario

El problema de mezcla de aspectos legales, éticos y terapéuticos.

En ocasiones se confunden y mezclan aspectos psiquiátricos, de régimen, legales y éticos que pueden generar en el psiquiatra inseguridad sobre que intereses que debe seguir: el del interno, el de la sociedad o el del centro penitenciario.

Si hay algo que claramente diferencia a la psiquiatría del resto de especialidades es el conocimiento de la intimidad del paciente, por ello al atender a la población reclusa debe tenerse muy claro la diferencia entre el papel que desempeñan el especialista clínico general y el evaluador forense. El psiquiatra que atiende al paciente es, y debe ser parcial respecto al mismo. Es la postura que debe adoptarse en el tratamiento, y con ella se fomenta la alianza terapéutica. (Griso 1998). Cuando se testifica ante un tribunal, es posible que el testimonio del psiquiatra obligue a revelar información, que aunque no sea legalmente privilegiada, sí sea para el paciente íntima y confidencial. Esta revelación por parte de un terapeuta de confianza produce un daño la relación terapéutica (Simon 1992).

Rendimiento.

En base a todo lo anterior queda claro que el reconocimiento de la necesidad de un servicio de psiquiatría en la prisión no debe de ser despreciado.

Pasamos a detallar el número de presos atendidos en el año 1998, ya que son las cifras oficiales.

**TABLA III: RENDIMIENTO**

|   | Vizcaya | Álava | Guipúzcoa | Total |
|---|---------|-------|-----------|-------|
| Ingresos hospitalarios                              | 13      | 18    | 6         | 37    |
| Ingresos en comunidad terapéutica                   | 17      | 12    | 23        | 52    |
| Centro de salud mental o de toxicomanías            | 30      | 60    | 43        | 133   |
| Pacientes en tratamiento en el centro penitenciario | 66      | 80    | 24        | 170   |
| Consultas en el centro penitenciario                | 210     | 286   | 143       | 639   |
| Programa de atención al toxicómano en prisión       | 150     | 364   | 134       | 648   |
| TOTAL   | 486     | 820   | 373       | 1679  |

La prevalencia de presos en tratamiento psiquiátrico por Osakidetza y otras instituciones es muy superior a la de los ciudadanos en general. No existe lista de espera, siendo el tiempo de atención del paciente derivado por atención primaria penitenciaria mucho más breve que el que tienen el resto de los ciudadanos.

El Centro Penitenciario de Nanclares es el que genera mayor número de ingresos y consultas aunque también es el que tiene mayor número de internos.

A título informativo podemos afirmar que en el centro penitenciario de Nanclares, en el año y medio siguiente se han duplicado estas cifras. De los resultados provisionales se desprende una prevalencia de trastornos psicóticos crónicos del 4,8%, cifra muy superior a la de la población general, lo cual nos debe hacer reflexionar. La mayoría de los pacientes atendidos tienen un diagnóstico de psicosis o depresión.

En cuanto al número de ingresos en el servicio de psiquiatría del hospital Santiago la cifra ha ido incrementándose progresivamente. En el años 2000 se realizaron 38 ingresos, en el año 2001, 45 y en el año 2002 la cifra ha alcanzado los 52. En una agrupación diagnóstica el 50% corresponden a un diagnóstico de Trastornos del estado de animo (Trastorno Bipolar y Trastorno Depresivo Mayor) un 35-40% a Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, y el resto a otros cuadros psiquiátricos, con especial incidencia del trastorno límite de la personalidad.

## **CONCLUSIONES**

- 1ª. La labor del psiquiatra en el medio Penitenciario es insustituible.
- 2ª La prevalencia de la sintomatología psiquiátrica en prisión, la comorbilidad, y el medio de trabajo requieren una subespecialización por parte del psiquiatra.
- 3ª El psiquiatra puede ofrecer ayuda específica en el tratamiento de los trastornos mentales en los presos, en el manejo de los intentos suicidas, la agresión y las actitudes provocadoras, y
- 4ª Puede emplear sus consultas como medio para educar al personal de las prisiones, a fin de fomentar una perspectiva de salud mental “sana”.

## **EPILOGO**

Finalmente, deseamos recordar las palabras de la Dra. Naomi Goldstein, quien desde su perspectiva personal afirmaba que “existen muchas personas agradables entre los trabajadores y los presos, personas cálidas, inteligentes y humanas. Sorprende el descubrir que la mayoría de las personas en estas instituciones son relativamente normales”.

## BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association. Guidelines on Psychiatric Services in Jails and Prisons. American Psychiatric Press. 2000.
2. Appelbaum PS, Gutheil TG. Clinical Handbook of Psychiatry and the Law. Williams Wilkins. Baltimore Maryland 1991.
3. Arboleda- Flórez J. Mental illness in jails and prisons. Current Opinion in Psychiatry 1999; 12: 677-682.
4. Belcher J. R. Are Jails replacing the mental health system for the homeless mentally ill? Community Mental Health Journal 1988; (24); 3: 185-195
5. Billings EG. Value of psychiatry to the general hospital. Hospitals 15: 3034, 1941.
6. Bluglass y Bowden. Prisons and the prison medical service. En: Principles and Practice of Forensic Psychiatry. Churchill Livingstone. 1990.
7. Dvoskin J. The structure of correctional mental health services. En Rosner R. Principles and Practice of Forensic Psychiatry Chapman & Hall. 1994.
8. Goldstein N. Psychiatry in prisons. Psychiatric Clinics of North America 1983 (6); 4: 751-765.
9. Grisso T, Appelbaum P.S. Assessing Competence to consent to treatment. Oxford University Press. 1998
10. Gunn J, Maden A, Swinton M. Treatment Needs of Prisoners with Psychiatric Disorders. British Medical Journal 1991; 303: 338-340
11. Kallert. T.W. Duties of a psychiatric-neurological consultation / liaison service in a prison setting. Forensic Science International 1996; 81:103-116.
12. Malmquist C.P. Homicide. A Psychiatric Perspective. American Psychiatric Press. Washington. 1996
13. Mullen P, Taylor PJ, Wessely S. Psychosis, Violence & Crime. En Gunn J & Taylor P J. Forensic Psychiatry. Clinical, Legal & Ethical Issues. Butterworth Heinemann. Oxford. 1995
14. Simon R I. Clinical Psychiatry and the Law. American Psychiatric Press. Washington. 1992.
15. Simon R I. Bad Men do What Good Men Dream. American Psychiatric Press. Washington. 1996.
16. Valdiserri E.V. Psychiatry Behind Bars. Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law 1984 (2); 1: 93-99

## **PRIMERA SESION: SALUD MENTAL EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS**

- ✓ **PRISIONIZACIÓN Y SU INCIDENCIA SOBRE LA SALUD MENTAL MEDIOS PARA EVITARLA. “La cárcel y sus consecuencias. La intervención sobre la conducta desadaptada”;** Capítulo 4, *Consecuencias del Internamiento Penitenciario*.

**Jesús Valverde Molina, Profesor de Intervención Psicológica sobre la Conducta desadaptada (Universidad Complutense de Madrid).**

1. LA CONDUCTA COMO PROCESO DE AJUSTE AL CONTEXTO DE VIDA
  - 1.1. El diagnóstico como etiqueta (“traerlo hasta mí”)
  - 1.2. El diagnóstico como comprensión del otro (“ir hasta él”)
  - 1.3. ¿Qué conducta es adaptada en la cárcel?
2. PARÁMETROS DE ADAPTACIÓN EN LA CÁRCEL: ASPECTOS GENERALES DEL INTERNAMIENTO PENITENCIARIO
  - 2.1. Predominio del régimen sobre la intervención
  - 2.2. La estructura arquitectónica
  - 2.3. La vida en la prisión
    1. La cárcel como sistema social alternativo
    2. La utilización del tiempo y el espacio
    3. La educación y la cultura en la cárcel
    4. El trabajo en la cárcel
    5. La vida en el patio
3. EL PROCESO DE PRISIONIZACIÓN COMO AJUSTE A LA VIDA EN LA CÁRCEL: CONSECUENCIAS DEL INTERNAMIENTO PENITENCIARIO
  - 3.1. Consecuencias somáticas
  - 3.2. Consecuencias psicosociales
    - Exageración de las situaciones
    - Autoafirmación agresiva o sumisión frente a la institución
    - Dominio o sumisión en las relaciones interpersonales
    - Desviación de la sexualidad
    - Ausencia de control sobre la propia vida.
    - Estado permanente de ansiedad
    - Ausencia de expectativas de futuro
    - Ausencia de responsabilización
    - Pérdida de vinculaciones
    - Alteraciones de la afectividad:  
Sensación de desamparo y Sobredemanda afectiva
    - Anormalización del lenguaje
4. LA INTERVENCIÓN EN LA CÁRCEL
  - 4.1. ¿Es posible intervenir en la cárcel?

- 4.2. Posibilidades de la intervención
- 4.3. Limitaciones de la intervención
- 4.4. Objetivos de la intervención

**CAPÍTULO 4, "LA CÁRCEL Y SUS CONSECUENCIAS" MADRID: ED. POPUPAR. 2ª EDICIÓN, 1996. CONSECUENCIAS DEL INTERNAMIENTO PENITENCIARIO.**

Ya he planteado en un capítulo anterior que la observación es el momento fundamental del proceso científico y que, por tanto, de la calidad de nuestras observaciones dependerá el rumbo que en el futuro siga dicho proceso. También hemos visto que la "lejanía" con que el investigador suele observar el fenómeno en las ciencias sociales - sobre todo cuando ese fenómeno se manifiesta en un contexto a considerable distancia del propio contexto del investigador- es uno de los mayores riesgos que corre la investigación y que afecta a su validez ecológica y, a las posibilidades de intervención que partan de un modelo teórico así construido. Por tanto, para conocer las repercusiones del encarcelamiento sobre las consistencias comportamentales del recluso, hemos de ser capaces de observar desde una distancia lo más corta posible. En este sentido, dice GOFFMAN, (1961), que:

*"...cualquier grupo de personas -sean presos, integrantes de un grupo primitivo, miembros de una tripulación, o enfermos hospitalizados- forma una vida propia que, mirada de cerca, se hace significativa, razonable y normal".*

Es decir, es preciso romper la distancia, acercarse, como mantenía MISCHEL, (1977), **"estudiar las vidas allí donde realmente son vividas y no donde el investigador juzga conveniente escudriñarlas"**. Pero para eso es ineludible comprometerse, "estar ahí donde ocurre el fenómeno". Por eso es por lo que mantengo que la intervención es el mejor puesto de observador, que la intervención no sólo debe ser el objetivo del proceso científico, sino también su punto de partida.

Lamentablemente, las ciencias sociales siguen observando a distancia. Por eso dice GOFFMAN, refiriéndose a los enfermos mentales, pero también aplicable a los presos, que:

*"...casi todos los trabajos profesionales sobre los enfermos mentales han sido escritos desde el punto de vista del psiquiatra que, hablando en términos sociales, está ubicado, respecto a mi perspectiva, en el bando opuesto".*

Por mi parte, he intentado observar el fenómeno del internamiento penitenciario desde la realidad del propio fenómeno, flexibilizando la mía, sin interponer entre el fenómeno y yo mismo todos los "fantasmas culturales" procedentes de mi propio proceso de socialización como miembro de grupo normativo, que me han llevado a tener un papel de psicólogo en la película de la vida y no de preso; por tanto, sin pretender justificar, pero tampoco juzgar.

Esa observación me ha llevado a percibir de una manera diferente las consecuencias de la prisión. Esa percepción es la que pretendo aportar en este capítulo. Sin embargo, soy consciente que la observación de un fenómeno tan completo como la conducta del ser humano encarcelado no sólo es difícil sino que es necesariamente parcial. Mi objetivo ideal hubiese sido "observar desde

dentro", pero únicamente he conseguido "observar desde cerca". He estado ahí, en el interior de la cárcel y de cada una de sus dependencias, pero, afortunadamente para mí, no he estado encarcelado. En consecuencia, si bien mi puesto de observador y de investigador ha sido mucho más ventajoso que el que me hubiese ofrecido una investigación cuantitativa, no es, sin embargo, perfecto. Por eso mis observaciones han de ser ineludiblemente parciales.

Por supuesto, todo trabajo de investigación -y este libro es el resultado de un proyecto de investigación e intervención conjuntos- ha de partir de un modelo teórico, y ya he analizado en otro momento que todo modelo es parcial, que no puede abordar un fenómeno social desde todos los puntos de vista posibles. Parto, pues, de un modelo determinado, ya expuesto en el libro que, de alguna manera es el antecesor de éste, (VALVERDE, 1988b), y del que en el segundo capítulo se ofrece un resumen a la vez que una actualización. Este capítulo, por tanto, es el resultado de mi experiencia, de mis observaciones que, eso sí, he procurado que sean lo más sistemáticas posible. Llévelo el lector que conozca las cárceles a su propia experiencia y, el que no las conozca, complételo con otros puntos de vista, con otras experiencias.

La configuración del espacio penitenciario que hemos visto en el capítulo anterior no puede por menos que incidir poderosamente sobre el recluso. Desde mi experiencia, y a la luz del modelo teórico de que parto, los principales efectos pueden ser clasificados en torno a una serie de apartados, por supuesto estrechamente relacionados:

## **1. CONSECUENCIAS SOMATICAS.-**

La cárcel es profundamente limitadora, no sólo para la mente y la vida social del preso sino también para su propio cuerpo. El ser humano, tanto a nivel mental como social y biológico, no está hecho para vivir en cautividad. Por eso, para estudiar los efectos del internamiento penitenciario, hemos de empezar por las consecuencias somáticas.

### **1.1. Problemas sensoriales.-**

Una primera consecuencia del internamiento penitenciario sobre el recluso son las alteraciones sensoriales. El hacinamiento en que vive el preso, y el espacio reducido inciden profundamente en los sentidos, tanto de una manera física como psicológica.

#### **1.1.1. La visión.-**

En primer lugar, en lo que se refiere a la visión, el recluso, a los pocos meses de ingresar en prisión experimenta lo que se denomina "ceguera de prisión", provocada por la permanente ruptura del espacio, la existencia de continuos impedimentos a la evasión, que no sólo impiden la fuga, sino también la visión a distancia. El recluso se encuentra continuamente con obstáculos a la propia visión que, en el mejor de los casos, no le permiten ver más allá de unos pocos centenares de metros. Esa configuración espacial produce frecuentes dolores de cabeza, así como incluso una deformación de la percepción visual, que hace que se pierdan formas e incluso colores. No se trata de alucinaciones sino de

perturbaciones espaciales de la visión. Además, la configuración arquitectónica provoca también grandes contrastes de iluminación. Los espacios interiores son sumamente oscuros, por lo que es necesaria permanentemente iluminación artificial que, por otra parte, no es especialmente buena en el espacio disponible.

Por eso es tan frecuente la utilización en la prisión de gafas oscuras, tanto por parte de la población penitenciaria como de los funcionarios. Cuando un visitante entra en una cárcel le suele sorprender que muchas personas de las que están allí lleven gafas oscuras. Es frecuente que se interprete como un elemento cultural (y es posible que acabe convirtiéndose en tal) pero la razón inicial es la utilidad. Además, la ceguera de prisión se convierte rápidamente en crónica, siendo necesario la utilización de gafas para corregir la pérdida de visión.

Otra característica de la prisión es el escaso contraste de colores. En las cárceles predominan fundamentalmente el gris y el marrón oscuro, colores que, unidos a la suciedad habitual, dan ese aspecto desagradable que caracteriza a las paredes y los suelos. Escasean otras gamas de colores, sobre todo los tonos cálidos; por eso, en la cárcel esa frase hecha que alude a "llevar una vida gris", también puede aplicarse a la percepción visual.

Por eso, cuando conecto en la calle con algún recluso que sale de permiso o en libertad, uno de sus primeros deseos es salir al campo, para ver a distancia y "descansar la vista". Sin embargo, la falta de costumbre y el "alucinante" contraste de colores al que no está acostumbrado provoca que a menudo padezca mareos.

#### **1.1.2. La audición.**-

Otro sentido que se encuentra afectado por la vida en la prisión es el audición. Cuando se prolonga el encarcelamiento, el preso suele acabar padeciendo problemas de oído. El hacinamiento y la vida en un espacio permanentemente cerrado hacen que el nivel de ruido en las cárceles sea muy alto, aunque tampoco hay un contraste de ruidos, sino un rumor sordo y constante, que se ve incrementado porque la arquitectura penitenciaria hace que el sonido retumbe permanentemente y que, por tanto, afecte al oído de preso, y también al del funcionario, sobre todo al de vigilancia que, aunque sale de la prisión, pasa muchas horas al día dentro.

#### **1.1.3. El gusto.**-

En cuanto al gusto, por una parte, la comida de la prisión no suele ser muy buena pero, sobre todo, es insípida; parece que todo tiene el mismo sabor. También eso es, al menos en parte, consecuencia del hacinamiento. No se puede hacer una comida refinada para un gran número de individuos, aunque también influye la escasez de la parte del presupuesto de las prisiones que llega al preso, en este caso en forma de alimentos.

Por otra parte, y al margen de la comida que puede recibir de fuera -cada vez más restringida en función, una vez más, de medidas de seguridad- el preso sólo tiene acceso a los artículos que puede comprar en el economato de la prisión, con lo que la diversidad de sabores que tiene a su disposición es muy reducida.

#### **1.1.4. El olfato.-**

En lo referente al olfato, la cárcel huele, y huelen todas igual. Tiene un olor característico, del que se impregna el preso y todo el que pasa en ella un tiempo suficiente. Según algunos de mis antiguos alumnos, que hoy trabajan en prisiones, ese olor característico se debe a algún producto desinfectante que se mezcla con el agua para fregar los suelos.

Además, otra característica de las instituciones totales -en función de su condición de instituciones cerradas y, por tanto, de la restricción del contacto con el exterior-es la "pobreza olfativa", la limitación de los olores que percibe el individuo internado. Por eso, cuando el preso sale de la prisión también suele extrañarse ante la gran cantidad de olores nuevos que percibe y que, si el internamiento ha sido prolongado, es posible que ni siquiera recuerde.

#### **1.2. Alteraciones de la imagen personal.-**

Las investigaciones sobre el ambiente penitenciario no suelen hacer hincapié en las alteraciones del esquema corporal que padece el preso, pero los estudios sobre el internamiento psiquiátrico sí. Así, SEARLES estudió la perturbación de la percepción del espacio en pacientes mentales y encontró que algunos de ellos llegaban a perder la conciencia de los límites de sus propios cuerpos e incluso a confundirlos con los límites de su habitación. Algo similar ocurre en el contexto penitenciario, en el que el preso experimenta a veces dos tipos de fenómenos:

En primer lugar, llega a perder la imagen de su propio cuerpo. Por una parte, existe una carencia total de intimidad que, como veremos más adelante, tiene graves consecuencias para la propia identidad, pero también produce efectos sobre la propia imagen corporal. Por ejemplo, a menudo he visto como el preso evita inconscientemente mirarse al espejo.

En segundo lugar, también he visto como frecuentemente el preso mide mal las distancias, tal vez, como mantiene SEARLES en el caso de pacientes psiquiátricos, a causa de una confusión entre los límites del propio cuerpo y los del entorno. Esto suele pasar sobre todo en los presos en régimen especial, que pasan una gran cantidad de tiempo encerrados en una estrecha celda y en encerrados en celdas de aislamiento.

Más frecuente es la falta de cuidado personal, que tiene a su vez dos vertientes: Por una parte, la falta de aseo personal, que, en mi opinión, no se debe únicamente a deficiencias en las instalaciones de las prisiones (que las hay, y a menudo graves) sino también a una pérdida de motivaciones para asearse. Normalmente, no sólo nos aseamos para estar limpios y bien vestidos, sino para ser bien vistos por los demás. Sin embargo, en la cárcel no se cuida el aspecto porque todos tienen mal aspecto. En este sentido, he visto habitualmente durante la realización de nuestro programa de intervención en la Central de Observación Penitenciaria de Madrid, en la que el trasiego de presos era muy alto, cómo los presos recién llegados, que manifestaban invariablemente un considerable desaliño, cambiaban rápidamente; se aseaban más, y cuidaban su aspecto, incluso con esmero. Lo que ocurría era que había cambiado su marco relacional habitual. En la Central de Observación trabajaban conmigo un número

considerable de alumnos de segundo y tercer ciclo de la Facultad de Psicología, y dada la proporción de ambos sexos que existe en los estudios de Psicología, era habitual la presencia en casi todas las dependencias de esa prisión de mujeres jóvenes que, además, no pertenecían al personal de la cárcel, y con las que se establecía una relación interpersonal totalmente distinta de la que veíamos en el capítulo anterior.

Por otra parte, esa mala imagen que el preso tiene de sí mismo -que la mayoría de las veces arrastra ya desde antes, como una de las consecuencias del proceso de inadaptación social, pero que se acrecienta de una manera muy considerable en la prisión- también afecta al cuidado sanitario. Llega un momento en que hasta su propio cuerpo le es ajeno.

### **1.3. Agarrotamiento muscular (tensión muscular).-**

Por último, otro aspecto de las consecuencias somáticas de la prisión es la tensión muscular. Casi invariablemente, el preso tiene los músculos de su cuerpo fuertemente "agarrotados". Esa tensión muscular, procedente de la tensión de la vida diaria en la prisión, en la que se mezcla desde la ansiedad con que se vive la cárcel hasta la sensación permanente de peligro y el miedo al futuro, a lo que se añade la escasez de movilidad y de práctica deportiva, se manifiesta en el padecimiento de frecuentes dolores en ciertas partes de su musculatura, sobre todo en la espalda y en el cuello. Además, y en relación con lo anterior, el movimiento del preso suele ser rígido, tenso, desde la manera en que camina hasta la forma de agarrar los objetos o de estrechar la mano.

En este sentido, la actividad deportiva ha sido un aspecto importante de los programas de intervención que hemos venido realizando en la cárcel. Al principio suele provocar en el preso tirones musculares y las irremediables agujetas, pero permite al preso descargar al menos parte de la enorme tensión que tiene acumulada. De todas formas, paralelamente a la actividad deportiva, en seguida vimos la necesidad de desarrollar un programa de entrenamiento en relajación, que venía funcionando como un programa de técnicas de reducción de la ansiedad y que se convirtió en la actividad más solicitada por los presos y en la que procurábamos que se integraran cuanto antes los presos recién llegados.

## **2. CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES.-**

### **2.1. Adaptación al entorno anormal de la prisión.-**

Ya hemos visto que toda conducta tiene una finalidad adaptativa, en el sentido de que es la mejor manera que encuentra el individuo para responder a las demandas del medio ambiente en el que se desenvuelve su vida en un momento determinado. En consecuencia, el concepto de inadaptación alude, más que a la conducta en sí, a la interpretación que le da el observador situado en un contexto de vida muy diferente de aquel al que etiqueta como "inadaptado", "desadaptado", "anormal", etc.

Toda conducta se produce en un contexto, y ha de responder a las características de ese contexto. En consecuencia, una conducta adaptativa en un determinado ambiente no tiene porqué ser adaptativa en otro.

Desde esta serie de consideraciones, la adaptación a la situación anormalizadora de la prisión supone la adopción de pautas comportamentales adaptadas a dicho contexto y, por tanto, desadaptadas desde la prudente y protectora distancia con que suelen trabajar frecuentemente las ciencias sociales. En la cárcel, sin embargo, la adopción de muchas de las pautas de conducta consideradas "adaptadas" en la sociedad "de fuera" resultarían claramente inadaptadas, ineficaces y aun peligrosas.

En la cárcel, pues, el proceso de adaptación tiene unas consecuencias concretas. Entre ellas se encuentran, desde mi experiencia, las siguientes:

### 2.1.1. Exageración de las situaciones.-

Como la prisión supone un "ambiente total", toda la vida del recluso se estructura en torno a ella. Esto lleva a que cosas y situaciones que en otro ambiente carecerían de importancia, aquí adquieran una gran relevancia. Esta es una de las causas de que acontecimientos insignificantes, (observados desde fuera del contexto relacional inmediato), puedan derivar hacia situaciones conflictivas, incluso de una gran violencia.

Lo que ocurre puede ser similar a lo que sucedía en el caso del muchacho inadaptado, en la situación de inadaptación objetiva, (VALVERDE, 1988b):

*"A causa de un bajo nivel de resistencia a la frustración y un alto grado de agresividad potencial, características habituales de los inadaptados, éstos suelen manifestar un comportamiento reactivo frecuentemente desproporcionado a la causa desencadenante. De ahí que situaciones irrelevantes sean susceptibles de convertirse en fuente de una exagerada reacción agresiva por parte del muchacho inadaptado. Aunque no necesariamente, estas explosiones de cólera suelen ser más frecuentes en aquellos inadaptados que ya se encuentran en una situación de inadaptación subjetiva... En ocasiones, una frustración aparentemente insignificante puede provocar graves conductas desadaptadas.. La respuesta del individuo ante determinadas situaciones estimulares a menudo no guarda cuantitativamente relación con ellas, y ello es otro factor que lleva a considerar el comportamiento del menor inadaptado como contradictorio. Sin embargo, una vez más, se hace preciso analizar esa aparente contradicción aproximándonos a la perspectiva del propio individuo..."*

La diferencia ahora es que en el contexto penitenciario, al ambiente carencial característico de la inadaptación objetiva hay que añadir el ambiente anormalizador de la prisión. El preso no sólo vive en la prisión, sino que se ve obligado a "vivir la prisión" permanente y obsesivamente. Este "vivir la prisión" es el elemento fundamental de la configuración de la prisión como un auténtico sistema social alternativo.

### 2.1.2. Autoafirmación agresiva o sumisión frente a institución.

En segundo lugar, como la institución penitenciaria es una estructura poderosa frente a la cual el recluso se vivencia a sí mismo como débil, para mantener unos mínimos niveles de autoestima, se ve obligado a autoafirmarse frente a ese medio hostil. Dadas las características de la prisión y la evolución de su "aventura biográfica", frecuentemente adoptará una autoafirmación agresiva, desarrollando una fuerte hostilidad hacia todo lo que tenga alguna vinculación con la institución.

Esa autoafirmación agresiva frente al medio anormalizador en que se ve obligado a vivir, desde mi experiencia investigadora y de intervención, es una de las más importantes consistencias comportamentales del inadaptado como resultado de la respuesta social al delito, (VALVERDE, 1981, 1985a, 1985b, 1986, 1988a, 1988b), y desde la realidad del preso es un sano mecanismo de adaptación al medio. Sin embargo, desde las instituciones penitenciarias, y en función de la lejanía con que suelen percibir lo que pasa en el interior de las prisiones implica la consideración del recluso que la manifiesta como "refractario al tratamiento".

Sólo si el recluso mantiene su firmeza frente a los intentos de "reformularle" -no mediante una intervención recuperadora, humanizada y personalizadora, sino "sometiéndole", con una gran dosis de violencia institucional- logrará conservar su autoestima; y ello va a ser frecuentemente el parámetro esencial de la manera en que establezca sus relaciones con la institución penitenciaria. Sin embargo, esta situación llevará a un endurecimiento del régimen penitenciario y, paralelamente, a nuevas autoafirmaciones cada vez más agresivas. Se trata de una de las fases más importantes del proceso de prisionización, de tránsito de la situación de inadaptación objetiva a la de inadaptación subjetiva.

Sin embargo, obviamente no todos los individuos utilizan la autoafirmación agresiva como forma de adaptación al ambiente penitenciario. En mi opinión, los mecanismos adaptativos que utilice el preso para sobrevivir en la cárcel estarán en función de su proceso de vida, de las consistencias comportamentales que haya desarrollado previamente, y de las posibilidades de encontrar refuerzos consistentes en la propia prisión en función de cómo se incluya en el grupo de presos, lo que a su vez puede estar en relación, en algunos casos al menos, con el tipo de delito.

En este sentido, en el "sistema social alternativo" que es la cárcel, hay delitos prestigiados y delitos que no sólo denigran a su autor, sino que lo convierten en un "marginado" en el propio contexto, y sobre el que suelen recaer muchas de las agresiones. Entre esos "delitos marginadores", destaca sobre todo el de violación. Por eso, el violador apenas puede hacer una vida "normal" en la cárcel y ser un preso más. El profundo rechazo que suelen encontrar por parte de sus compañeros le obliga a utilizar como forma de supervivencia y, por tanto, de adaptación, la sumisión, es decir, el sometimiento prácticamente absoluto a la institución. Es por ello por lo que los reclusos encarcelados por delitos de violación son los mejores "destinos" en las prisiones, los más apreciados por los funcionarios y, por tanto, los que más posibilidades tienen de obtener beneficios penitenciarios.

Entre estos dos extremos, enfrentamiento y sumisión, oscilan las formas de adaptación del preso a la cárcel, (la permanente elección entre extremos que, una vez más, caracteriza la vida del inadaptado). Cuando la inclusión de un preso en este entorno es por un periodo corto de tiempo caben formas intermedias entre ambos extremos, "nadando y guardando la ropa", en un difícil y frágil equilibrio entre las presiones de la institución al sometimiento y la realidad del grupo de internos, que le impele al enfrentamiento como identificación con el grupo. Pero si el internamiento se prolonga, (y la cuantificación de esa prolongación dependerá de las características individuales de cada recluso en relación con el momento que atraviese su vida), no le quedará más que elegir entre ambos extremos (aunque realmente no se trata de una elección, ya que es la situación la que le lleva a una u otra forma de adaptación). Una vez más, la capacidad de elección del inadaptado se encuentra seriamente restringida, cuando no imposibilitada. Su comportamiento, ya lo he analizado con más detenimiento, (VALVERDE, 1988a; 1988b) es fundamentalmente reactivo, limitándose a adaptarse pasivamente a las contingencias ambientales con que se encuentra.

### **2.1.3. Dominio o sumisión en las relaciones interpersonales.-**

En tercer lugar, esa autoafirmación agresiva no sólo se manifiesta frente a la institución, sino que también es un elemento importante a la hora de establecer relaciones interpersonales con otros reclusos. En un entorno violento todo se vuelve violento y quienes, por capacidad de liderazgo, por fortaleza física, porque "no tienen nada que perder", o por cualquier otra causa, están en condiciones de dominar a los demás, lo van a hacer. El compañerismo y la solidaridad se manifestarán frente a la institución, pero no siempre entre los mismos presos. Por eso, un recluso que es capaz de participar en un enfrentamiento con la institución porque se ha tratado injustamente a un preso, es también capaz de extorsionar a otro para conseguir droga o para quitarle algo que le interese.

Como, por otra parte, la institución penitenciaria rara vez tiene capacidad para garantizar la seguridad del recluso, éste se ve obligado a agruparse, tanto para defenderse como para dominar. De esta manera se configuran las relaciones de poder en el interior de la prisión, canalizadas a través del "código del recluso", que ya analicé en el capítulo anterior.

### **2.1.4. Alteración de la sexualidad.-**

Por último, dentro de este primer apartado dedicado a lo que implica la adaptación al entorno anormal de la prisión, el ámbito de la sexualidad merece una consideración especial dentro de las relaciones interpersonales y de poder que se establecen en el interior de la cárcel.

Si bien la facilitación de las comunicaciones íntimas para un relativamente amplio número de reclusos atenúa el problema no es, ni mucho menos, suficiente para satisfacer las pulsiones sexuales, aumentadas además por la situación de stress que provoca la prisión. En consecuencia, se produce una alteración de la sexualidad, que se manifiesta en varias direcciones.

En primer lugar -como más tarde tendré ocasión de abordar al estudiar la pérdida de vinculaciones con el mundo exterior que se produce con la entrada en prisión-

las **relaciones sexuales**, además de escasas, van a tener que realizarse en el interior de la cárcel y, por tanto, van a estar matizadas por la estructuración de la vida penitenciaria, y se van así mismo a ver envueltas en la anormalización que supone la vida en la prisión. En este sentido, la relación sexual no se produce como resultado de un proceso de acercamiento afectivo entre dos personas, con un tiempo adecuado, con calma y ternura. En la cárcel, el preso no tiene tiempo para esas "sutilezas" amorosas. Sólo dispone de un breve espacio de tiempo -a menudo una o dos horas y tal vez únicamente una vez al mes- y tiene que "darse prisa". Además, como veremos más tarde, se ha de realizar en una sala casi siempre mal instalada, con el prólogo de un humillante "cacheo" y el epílogo de otro.

Como en la cárcel la vida es brutal, también el sexo se embrutece y se prisioniza. (A modo de simple ejemplo, el "piropo" más prisionizado que he oído decir en el contexto penitenciario y que decía: "me marcaba contigo un vis a vis de dos semanas", puede indicar al lector lo que puede llegar a implicar la anormalización de la sexualidad en la prisión).

En segundo lugar, es evidente que los niveles de **masturbación** se disparan en la cárcel. Evidentemente, no pretendo dar a la masturbación una consideración de desviación sexual. Pero también la masturbación adquiere una naturaleza especial en el ambiente total de la prisión, tanto a nivel cuantitativo como cualitativo. A menudo es la única válvula de escape sexual que tiene el recluso, pero como ha perdido el contacto con el mundo exterior, las fantasías sexuales que acompañan a la masturbación también se distorsionan, se anormalizan.

En tercer lugar, en cuanto a la **homosexualidad**, tampoco pretendo mantener que suponga, en general, una desviación o alteración de la sexualidad. Pero sí entiendo que se debe considerar una alteración de la pulsión sexual en su manifestación en el contexto penitenciario, porque no es una opción sexual elegida libremente, sino impuesta por la realidad de la vida del recluso. Por tanto, en mi opinión, no se trata de homosexualidad, sino de "sexualidad alternativa", y no tiene por qué consolidarse más tarde en la situación de libertad.

Sin embargo, en la cárcel todo es susceptible de tráfico y de ser utilizado como mecanismo de control y de dominación, por lo que es frecuente, sobre todo en los macrocentros -en los que las posibilidades de control por parte de la institución son muy escasas- que se establezcan redes de prostitución, que sí van a dejar una profunda huella en quienes caigan en ellas, ya sea por miedo o por necesidad.

## **2.2. Ausencia de control sobre la propia vida.-**

En estas condiciones de vida, ante una situación institucional poderosa, violenta y anormalizadora, y ante unas relaciones interpersonales fuertemente jerarquizadas y centradas en la dominación, el recluso llega prácticamente a no tener ningún control sobre su propia vida.

En primer lugar, a nivel institucional depende por completo del régimen de la prisión, que va a dirigir todas sus actividades. Nada dependerá de él. En la cárcel, la capacidad de elección del individuo queda reducida a la mínima expresión. Ni puede planificar su tiempo ni el lugar donde desea estar en cada momento. En la mayoría de las situaciones es la institución quien decide donde va a estar y qué va a hacer, incluso si va a hacer algo, o simplemente nada. Además, las consecuencias de su comportamiento van a depender de cómo sean evaluadas por el personal del centro, lo que casi siempre será percibido por el preso como arbitrario, en función de la actitud de enfrentamiento sistemático que ya he analizado, y por generalización de esa actitud hacia la institución a todo el personal que, de una u otra forma, la representa. Esa es una de las más poderosas razones para dudar de la eficacia de cualquier programa de intervención en el contexto penitenciario llevado a cabo por el personal de la prisión. Además de las dificultades inherentes al propio concepto de prisión, la percepción subjetiva que tiene el preso del funcionario, al margen de las características individuales de ese funcionario, dificulta profundamente sus posibilidades de intervención terapéutica, ya que todo terapeuta debe, en primer lugar, "ganarse al paciente".

En segundo lugar, a nivel de las relaciones interpersonales, su conducta se va a ver fuertemente presionada por las relaciones de poder a que antes me he referido, y en función del lugar que ocupe en las mismas. Así, por ejemplo, sin saber muy bien por qué, se va a ver obligado a una pelea de consecuencias imprevisibles para su futuro e incluso para su propia vida, o a participar en un motín. Así pues, casi nada depende de él. Todo depende del contexto que le rodea del que, evidentemente, no puede esperar nada bueno.

### **2.3. Estado permanente de ansiedad .-**

Por tanto, en la prisión se está siempre en peligro, y ello desarrolla en el recluso un estado de permanente ansiedad, que no sólo le va a hacer muy propenso a padecer enfermedades digestivas, (lo que se ve agravado por una dieta inadecuada), sino que va a derivar hacia la manifestación de la ansiedad como una consistencia comportamental que se generalizará a todo tipo de situaciones y que le conduce a vivir aún con más stress las permanentes tensiones de la vida en la cárcel, aumentando con ello las situaciones de riesgo y, por tanto, la ansiedad. Más tarde veremos cómo la ansiedad así concebida está íntimamente relacionada con la drogadicción en la cárcel.

Ante unas agresiones que le llegan por todas partes, el recluso se ve obligado, como íntimo mecanismo de defensa de la propia salud mental, a proteger su propio Yo, lo que, en ese ambiente, le lleva a una exageración del egocentrismo, característica ésta que también veíamos en el caso del menor en situación de inadaptación objetiva, que posiblemente nunca habrá superado ya que al ambiente carencial que provocó su aparición habrá que añadir el ambiente anormalizado de la prisión. Por ello todo se ve en función del interés propio. La sensación de peligro es tal que difícilmente puede el individuo establecer relaciones de solidaridad con sus compañeros.

### **2.4. Ausencia de expectativas de futuro.-**

Si el recluso no puede controlar su presente, mucho menos puede planificar su futuro. Tanto por la extremada primariedad del comportamiento que caracteriza al inadaptado, como por la imprevisible dirección de su vida en la cárcel, el individuo no es capaz de diseñar su futuro, de planificar su conducta en función de unas expectativas que no está en condiciones de establecer. En consecuencia, se deja llevar por lo irremediable de la situación, configurándose en él un fatalismo que supone un hándicap importante que va a dificultar el éxito de una intervención recuperadora, si es que se plantea alguna vez. En este sentido, la falta de control sobre la propia vida que caracteriza la vida en la prisión se convierte en una dificultad añadida para la recuperación del preso. Como dice KENNEDY, (1981):

*"...existen indicios experimentales de que las personas que creen tener poco control sobre su propio destino son menos aptas para intentar la solución de sus problemas".*

Es por ello por lo que el fatalismo supone una de las principales consecuencias del proceso de inadaptación social, y en la cárcel se presenta con unas características especiales.

A lo largo de su vida, el inadaptado aprende que las cosas "le vienen dadas" , que apenas puede modificar las circunstancias de su vida. Por una parte, eso le enseña a adaptarse sorprendentemente bien a las situaciones en las que se ve envuelto e incluso a sacar todo el provecho posible de lo que le vaya ocurriendo en la vida. Esa consistencia comportamental es lo que he venido llamando "habilidad instrumental", que implica una adaptación momentánea a la situación estimular concreta a la que se enfrenta en cada momento, pero sin prever el futuro, sin tener en cuenta las consecuencias futuras de esa adaptación al "aquí y ahora", lo que se ve claramente aumentado por la inmediatez del comportamiento que manifiesta, al no haber tenido la posibilidad de desarrollar una secundariedad que le permita prever y planificar.

Cuando el inadaptado tropieza con la respuesta jurídico-institucional a su comportamiento, sobre todo a partir de su entrada en prisión, esa "adaptación situacional" le va a conducir progresivamente al **fatalismo**, debido al gran poder de la institución penitenciaria frente a la debilidad del individuo. A partir de ese momento, que vengo denominando de "percepción de la propia vulnerabilidad", va a ver su propia vida como una película en la que él mismo es un actor secundario. Va a pensar, y la mayoría de las veces con razón que "lo que tenga que ocurrir, ocurrirá", y que él no tiene ningún poder para evitarlo.

Por último, esta ausencia de perspectivas de futuro, unida a lo aplastante de la vida en la cárcel, hace que el preso no sólo viva en la cárcel, sino que "viva la cárcel". Esto provoca que toda la vida se estructure en torno a ella y que, por tanto, cualquier situación aparentemente insignificante pueda llegar a convertirse no sólo en importante, sino incluso en obsesiva, (y no se trataría de una neurosis obsesiva del individuo, sino de la situación). No olvidemos que una de las características del internamiento penitenciario es que el preso también está encerrado "en las pequeñas cosas". La vida aburrida y gris de la prisión lleva a

magnificar cosas que en otras situaciones no tendrían importancia. Se trata de otra consecuencia más de la pobreza generalizada de la vida en la cárcel, que implica también una "**cotidianización de la vida**", una vida centrada en lo más inmediato, aumentada por la primariedad del inadaptado. Todo en la cárcel es inmediato. Nada más que el "aquí y ahora" tiene importancia.

## **2.5. Ausencia de responsabilización.-**

Como en la prisión todo está preestablecido, y la vida sigue su curso al margen del recluso, que apenas tiene ninguna influencia sobre las decisiones que se toman sobre él, acaba adoptando una actitud pasiva, esperando que las cosas "le vengan dadas", especialmente en lo que respecta al aspecto institucional de la vida en la prisión, postura que, por otra parte, viene claramente apoyada por el fatalismo a que acabo de referirme. Esta situación desemboca en una auténtica delegación de la responsabilidad de la propia vida en el entorno institucional. El individuo se va a acabar limitando a aceptar pasivamente "lo que se le viene encima, con una enorme apatía, que se va a convertir en gran parte, en el hilo conductor de su vida. Pero de una manera plenamente justificada, porque prácticamente nunca ha tenido ningún control sobre nada. Por eso, si no planifica, si no prevee el futuro, menos problemas tendrá, aunque esa actitud suponga estar permanentemente sometido a vaivenes incontrolables. En resumen, se convierte en apático porque es una buena manera de sobrevivir, y porque aunque lo intente, rara vez conseguirá modificar el destino.

Mas tarde, cuando salga en libertad, esta ausencia de responsabilización será una de las consistencias actitudinales desarrolladas en la prisión que más van a perturbar las posibilidades de aprovechar las pocas oportunidades que se le ofrezcan. En este sentido, y como simple ejemplo, en ocasiones he visto cómo una persona que acaba de salir de la cárcel deja pasar todos los plazos para formalizar la solicitud de seguro de desempleo a que tiene derecho, a pesar de encontrarse en una situación económica sumamente precaria, limitándose a esperar a que otros le solucionen el problema. Sin ningún tipo de preparación, el individuo pasa de la cárcel, donde se le dice todo lo que tiene que hacer, como hacerlo y donde hacerlo, a la situación de libertad, en la que ha de tomar sus propias decisiones, planificar y dirigir su propia vida, a menudo sin ayuda, con un sistema de funcionamiento completamente distinto del que estaba acostumbrado en la cárcel y con unos fuertes impedimentos.

## **2.6. Pérdida de vinculaciones.-**

Ya he planteado que la cárcel supone un ambiente total y, por tanto, excluyente. La entrada en prisión implica el aislamiento tajante e inmediato respecto de todo lo que se dejó fuera. A partir de ese momento todo contacto con el exterior se va a producir en prisión y va a ser filtrado por la institución penitenciaria, con unos criterios sumamente restrictivos, limitándose, frecuentemente a los familiares, e incluso a veces sólo a los de primer grado. En consecuencia, el recluso va a ver tajantemente restringidas sus relaciones interpersonales, lo que le llevará a una pérdida gradual de las vinculaciones que tenía establecidas.

Las personas del exterior, especialmente las de su entorno inmediato, con las que tenía establecidas unas vinculaciones emocionales más intensas, si bien al principio del encarcelamiento se volcarán en él, después tendrán que ir reajustando sus vidas, sobre todo si la situación se prolonga, estableciendo nuevas vinculaciones, en las que el recluso ya no estará presente. Así, casi ineludiblemente, el recluso irá perdiendo su papel relevante y se acabará convirtiendo en un elemento extraño e incluso distorsionador de la propia vida de las demás personas de su entorno.

Esta pérdida de vinculaciones tendrá repercusiones importantes para la vida del preso, tanto en el interior de la prisión como en la calle:

Por una parte, en la prisión, el recluso irá perdiendo progresivamente la noción de la realidad del exterior, sus recuerdos se irán distorsionando a la vez que idealizando. Además, y puesto que desde el punto de vista emocional el tiempo que pase en prisión va a ser un tiempo vacío de contenido, cuando salga, para él el tiempo no habrá pasado, e intentará retomar las relaciones interpersonales donde fueron interrumpidas por la entrada en prisión. Pero para los demás el tiempo sí habrá pasado, y con frecuencia ha provocado importantes modificaciones en sus vidas. Por eso, cuando el recluso vuelve a su ambiente de fuera, y si no tiene un ambiente familiar estable y maduro, a menudo se encuentra al margen, percibe que ya no encaja, y eso va a ser fuente de nuevas frustraciones que se añadirán a su situación de ex-recluso -con todo lo que implica- y a la distorsión que va a suponer en su nueva vida la adopción de pautas comportamentales desarrolladas en la prisión, válidas allí, pero no en la situación de libertad.

Por otra parte, en cuanto a la vida en la prisión, las vinculaciones que continúe manteniendo con las personas del exterior se verán ineludiblemente distorsionadas al tener que ser establecidas a través de la institución y con un considerable y anormalizador control. Precisamente unos de los aspectos más duros del contexto penitenciario es la manera en que se obliga al preso a mantener las relaciones con las personas del exterior:

En primer lugar, esas relaciones se habrán de establecer dentro de los que en el ambiente penitenciario se denomina "comunicación". El recluso no va a "ver" a su madre, o a su esposa, sino a "comunicar" con ella. Es decir, también aquí se utiliza el lenguaje peculiar de la cárcel, que tiene unas importantes connotaciones anormalizadoras, y que el recluso acaba asumiendo como un paso más de la adquisición de las consistencias comportamentales características de la prisión que hemos denominado "proceso de prisionización". Lo veremos con algo más de profundidad en un apartado posterior.

En segundo lugar, esas comunicaciones se van a realizar a través de lo que se denomina un locutorio, que anormaliza la relación y la limita a un breve periodo de tiempo de pocos minutos a la semana, (si la prisión está cerca de la ciudad donde habita la familia), y donde no hay posibilidad de ningún tipo de intimidad. La propia configuración arquitectónica de los locutorios, con ligeras variaciones de unas prisiones a otras, deshumaniza profundamente las relaciones interpersonales, impide cualquier tipo de contacto físico, e incluso distorsiona

gravemente la mera comunicación verbal. Por ejemplo, son frecuentes los locutorios en los que el que habla tiene que acercar la boca a una especie de tubo que hace de micrófono, mientras que el que escucha, separado por rejas y cristales blindados, ha de acercar el oído a otro tubo. Si hablas no puedes ver, y si ves no puedes hablar. Y todo ello envuelto en un ruido a menudo ensordecedor, de muchas personas que, para entenderse, han de hablar a gritos, en sitios con una acústica frecuentemente tan mala que parece especialmente diseñada para dificultar la comunicación.

En tercer lugar, las entrevistas personales, sin rejas de separación, además de ser "comunicaciones especiales", poco frecuentes y a menudo consideradas no como un derecho del preso sino como un privilegio, se denominan en el argot penitenciario "vis a vis". Esta palabra es sin duda la única que la inmensa mayoría de los reclusos conoce de la lengua latina. Y además no saben que significa. Prueba de ello es que muchas veces he visto en prisión escribir la palabra "vis" con "b").

De esta manera, hasta las pocas vinculaciones que el recluso puede seguir manteniendo se distorsionan y anormalizan a causa de los filtros institucionales. Así ocurre también -como ya hemos visto- con las relaciones sexuales, que se han de mantener en esas comunicaciones especiales, y no como el final de un proceso de intimidad sexual, sino con ese exclusivo propósito, con un tiempo tan limitado que no permite dedicar tiempo, elemento fundamental en la relación sexual, y una habitación fría, inhóspita y frecuentemente sucia. También el sexo, pues, como cualquier otra faceta de la vida, se anormaliza en prisión y lleva frecuentemente a la frigidez en la pareja, como una reacción normal ante tanta anormalidad.

## **2.7. Alteraciones de la afectividad: Sensación de desamparo y sobredemanda afectiva.-**

En "El proceso de inadaptación social", (VALVERDE, 1988b), planteaba que una consistencia comportamental del muchacho inadaptado, ligada a la "inseguridad situacional" era el "desapego", la huida de las vinculaciones afectivas como estrategia para evitar las frustraciones. Ese desapego conducía a una "indiferencia afectiva" que le llevaba a despreocuparse de las consecuencias que tuviese su conducta incluso para personas cercanas a él mismo.

Mantén también que esa desvinculación, desapego e indiferencia afectivas eran consecuencia del ambiente carencial y contradictorio en el que se había desarrollado su proceso de socialización. Por otra parte, y dentro del concepto de "inseguridad relacional", analizaba algunas otras consistencias comportamentales del inadaptado en situación de inadaptación objetiva, tales como la "desconfianza", la "resistencia a la afectividad", la "labilidad afectiva y la "dificultad para expresar las emociones". Como es muy posible que el lector no conozca el texto a que me he referido, me voy a permitir citar aquí algunos párrafos que pueden ser de utilidad para comprender las reacciones afectivas del recluso:

"Lo primero que destaca en el comportamiento relacional del adolescente inadaptado es su desconfianza. El muchacho suele rechazar la relación afectiva, que es vivida con una considerable carga de ansiedad, e incluso es frecuente que agrede a aquellas personas con las que ha establecido una buena relación. En mi opinión, las razones de esa desconfianza hay que buscarlas en las experiencias negativas continuadas de su vida, sobre todo cuando el establecimiento de vinculaciones afectivas sólidas era esencial para el desarrollo de su madurez y seguridad personal y relacional. Ante numerosos fracasos en el pasado el muchacho se defiende desconfiando de las relaciones interpersonales y bloqueando su necesidad de afecto...

En segundo lugar, la afectividad alterada se manifiesta mediante esa indiferencia afectiva a la que ya he hecho referencia y que no es sino otra cara de la desconfianza a que me acabo de referir. Se manifiesta como una despreocupación no sólo ante el sufrimiento de los demás sino incluso ante el suyo. El inadaptado parece recubierto de un caparazón que le aísla de los sentimientos. Se presenta con frecuencia como profundamente inafectivo, duro y frío, a pesar de que, cuidadosamente tapada por la indiferencia, cuando se logra 'romper la distancia', se hace claramente manifiesta una imperiosa necesidad de ser aceptado. Al igual que el en caso anterior, en mi opinión esa indiferencia es un mecanismo de defensa ante las frustraciones emocionales que ha venido arrastrando a lo largo de toda su vida.

En tercer lugar, y también en estrecha relación con las dos características anteriores, se evidencia lo que numerosos autores denominan labilidad afectiva. Se suele considerar como tal una forma de manifestación de la afectividad que, por depender de fluctuaciones ambientales aparentemente irrelevantes y que suelen pasar inadvertidas para el observador, hace que el individuo reaccione ahora de una manera y en el momento siguiente de la contraria. El muchacho inadaptado puede pasar de un estado de ánimo al opuesto con una sorprendente rapidez. Una vez más, no se trata de un comportamiento contradictorio sino, al igual que ocurría cuando hablábamos de la imprevisibilidad de la conducta, de falta de recursos del investigador y del educador para identificar esos patrones de interacción que son los responsables de que la situación sea percibida de una manera distinta a la del momento anterior. Se trata, pues, de fluctuaciones muy sutiles de la interacción individuo-situación...

Por último, la inseguridad relacional se manifiesta mediante una creciente dificultad para expresar las emociones, debido de nuevo a la pobreza afectiva de su entorno, a la contradicción socializadora y a la consecuente incapacidad para prever las consecuencias de su propio comportamiento...

Esas alteraciones de la afectividad, fruto en mi opinión de la inseguridad relacional generalizada de la historia personal de estos muchachos, adquieren valores progresivamente más graves conforme el individuo va atravesando los imprecisos límites de la inadaptación objetiva y entra en

*unas relaciones institucionales cada vez más anormalizadoras que van a acabar afectando seriamente a su personalidad." (pp. 275-276).*

Aquí hemos llegado ya a la situación de inadaptación subjetiva. Ya ha comenzado el proceso de prisionización y, en ocasiones está considerablemente avanzado. La situación ha cambiado, pero a partir de lo que ocurría en la situación de inadaptación objetiva y como desarrollo del proceso de inadaptación social, cuando la respuesta social-institucional se va anormalizando progresivamente a partir del ingreso en prisión.

Sin embargo, la inadaptación subjetiva no es una situación única, sino que en ella se van a ir produciendo diferentes momentos conforme avanza el proceso de prisionización. La reacción afectiva del recluso, pues, va a ir variando en función de dicho proceso. En mi opinión, y desde mi experiencia, existen dos grandes momentos en eso que hemos venido llamando "inadaptación subjetiva":

Un primer momento corresponde a los estadios iniciales del proceso de prisionización, cuando el joven entra en la cárcel la primera o primeras veces. Durante este periodo, su agresividad y su dureza emocional predominan y entierran profundamente su capacidad de afecto. Son los años que EVAN HUNTER, (1976), definía como de "la irreflexión y el impulso", cuando el joven es "todo acción", cuando vive "deprisa, deprisa", en un torbellino vertiginoso. Es en el momento álgido de ese periodo cuando tropieza con la cárcel por primera vez. Y ese encuentro cambia por completo su vida. De esa existencia vertiginosa pasa sin solución de continuidad a la apatía y el "muermo" de la vida penitenciaria, con horarios rígidos y el día entero en el patio, como ya hemos visto, sin nada que hacer y sin poder hacer nada.

En ese periodo su dureza emocional es muy poderosa, y se manifiesta con todas esas consistencias comportamentales que acabamos de ver: es inafectivo, indiferente, lábil, etc. y es muy difícil poder conectar afectivamente con él, sobre todo en la prisión. En ella, ningún miembro del personal de la cárcel tiene ninguna oportunidad. Podrá, eso sí, mantener unas relaciones más o menos cordiales con algún educador especialmente simpático, pero a distancia, sin comprometerse en absoluto, sin dar nada de sí mismo, sin dejar abierto el más mínimo resquicio de su capacidad de afecto. Sin duda, ésta es una reacción completamente normal. En un ambiente desestructurador, violento y poderoso, que le ha truncado la vida, la única manera de sobrevivir es protegerse, rodearse de un caparazón que evite que las agresiones que sufre le hagan mella. Su "alegría inconsciente" de antes se va a convertir en la amargura que le seguirá ya durante toda la vida.

Es el momento de la percepción de la propia vulnerabilidad. Antes se sentía a sí mismo como poderoso y al ambiente y las instituciones de control social como ingenuamente débiles. Ahora ya ocurre lo contrario: los educadores de los reformatorios han sido sustituidos por los guardias civiles de las garitas que vigilan las cárceles. Y la amargura, en este momento, se va a convertir en agresividad. Aún no ha llegado al fatalismo al que me refiero en otro apartado. Eso ocurrirá más tarde, cuando el recluso se vea obligado a ceder y someterse ante lo inevitable de su vida en prisión y la amargura se convierta en un

desaliento pasivo que le va a llevar a la apatía. Todavía ahora, la frustración se convierte en cólera y dureza emocional, eso que EYSENCK llama "psicoticismo", pero desde una perspectiva completamente distinta, no como la causa de su conducta desadaptada, sino como una consecuencia primordial de la anormalización que supone la prisión.

En la cárcel he conectado con este tipo de muchachos durante los dos años que duró nuestro programa de intervención en el Centro Penitenciario de Preventivos Jóvenes de Carabanchel. Curiosamente, el contacto con ellos fue más difícil que en el caso de los reclusos de la Central de Observación, con un proceso de prisionización mucho más avanzado y, de la misma manera, la relación afectiva fue siempre mucho más superficial, aunque avanzamos considerablemente, ya que nosotros no formábamos parte de la institución penitenciaria y, lo que para ellos era muy importante y desconcertante: nadie nos pagaba por estar allí. De todas formas, el constante trasiego de presos dificultaba que la relación afectiva se pudiese consolidar, y nuestra obligada y absurda marcha del centro impidió continuar la relación.

En este periodo, no son frecuentes las fugas, porque el preso aún no está familiarizado con la cárcel y no se desenvuelve bien en ella. Sin embargo, las agresiones y los motines son mucho más frecuentes, precisamente a causa del predominio de la agresividad provocada por la frustración, (en la más pura aplicación de la teoría de la frustración-agresión de MILLER y DOLLARD), y la irreflexión de la conducta a que ya me he referido. Pero no suelen ser motines serios, reflexionados, asumidos y planificados, sino reacciones emocionales colectivas ante comportamientos de la institución percibidos como injustos por el colectivo de presos.

Más adelante, cuando el proceso de prisionización ha avanzado, cuando el recluso ya tiene a veces incluso una larga experiencia penitenciaria, la situación cambia profundamente, aunque ese cambio es difícil de ver en profundidad por un observador distante. El recluso ha "madurado" penitenciarmente, aprende a vivir en la cárcel evitando conflictos en lo posible, (no metiéndose en "movidas"), pero sin ceder. Su enfrentamiento con la institución es callado, sórdido, no se manifiesta más que cuando se atenta gravemente a su "dignidad de preso". Aprende a "nadar y guardar la ropa". Los motines son menos frecuentes, pero más graves, porque el preso sabe lo que se juega y, cuando lo hace, suele ir en serio.

Afectivamente nada parece haber cambiado respecto de la situación anterior; sigue siendo desconfiado, indiferente, lábil, y es "torpe" en la expresión de sus emociones, aunque esto es mucho más difícil de observar, porque en la cárcel no suelen darse situaciones que inviten a la afectividad. Lo que ha ocurrido es que ese caparazón a que antes aludía ha aumentado de tamaño y de grosor, se ha hecho mucho más denso y más fuerte, y protege profundamente su afectividad que, sin embargo, no ha desaparecido (prueba de ello es que en la cárcel es donde se escriben más poesías) sino que se encuentra cuidadosamente oculta.

A lo largo de los años pasados en prisión ha aprendido a ocultar su capacidad de afecto, incluso ante sí mismo, a lo que se añade la escasa o nula intimidad que

ha podido tener, porque aunque vive en soledad, nunca puede estar solo. Por eso suele aparecer al observador como profundamente cínico.

Durante la realización de nuestros programas de intervención en la Central de Observación Penitenciaria, donde mis alumnos y yo hemos tenido la oportunidad de conocer en profundidad a un número considerable de presos en esta situación y hemos podido conocer otro aspecto más importante y mucho más profundo de su afectividad. Poco a poco, desde la desconfianza inicial con la que se protegían afectivamente, nos hemos ido ganando primero su respeto y luego su afecto, para terminar en bastantes ocasiones con una relación recíproca de amistad. Desde esa privilegiada posición de observadores, fruto, por una parte de la utilización del método de la "observación participante" y, por otra, de nuestra implicación personal, hemos conocido otros muchos aspectos de su afectividad y hemos profundizado mucho más de lo que les es posible a los miembros del personal de la prisión y a los investigadores que van a las cárceles únicamente a estudiar al preso. Hemos logrado en muchas ocasiones aproximarnos a su vida, conectar con ellos y romper la barrera afectiva con la que se protegen. Sin embargo, al escribir estas páginas, no tengo la sensación de quebrantar una amistad, sino que, mas bien, son una prueba de amistad, un intento de dar a conocer otras facetas tan ocultas de eso que llamamos personalidad, que a menudo ni ellos mismos conocen:

En primer lugar, en cuanto a la desconfianza hacia la relación afectiva, el recluso sigue siendo desconfiado, aunque durante los años pasados en la cárcel no ha tenido muchas ocasiones de desconfiar de unos requerimientos afectivos que nunca se han presentado. Por ello, más que desconfiado se nos presenta como inafectivo. En el momento anterior, en tránsito de la situación de inadaptación objetiva a la subjetiva, todavía en ocasiones el muchacho recibía, aunque muy escasamente, unas demandas afectivas que aquí ya han desaparecido por completo, o se encuentran claramente reducidas. Desde luego, en la prisión no aparecen por ninguna parte, y en la calle los años de prisión habrán dejado su huella irremediablemente, como vimos en el apartado anterior, distorsionando o idealizando las vinculaciones afectivas con las personas que dejó fuera. Más tarde, esa idealización es muy posible que se convierta en fuente de sufrimiento, pero ahora, en la cárcel, es una prueba de que su capacidad de afecto no ha desaparecido, sino que se refugia en los niveles más profundos de la intimidad del preso.

En nuestra relación con este tipo de reclusos, inicialmente la desconfianza se presentaba en forma de dureza y frialdad, y con una carga de hostilidad autoprotectora. Cuando iniciábamos una conversación, el tema era claro: ¿qué venís a hacer aquí?, ¿venís a estudiarnos?, ¿qué es eso de la universidad, y qué tiene que ver con nosotros?. Es decir, se creaba distancia, el preso se protegía, y con razón. Toda su vida, y sobre todo los años de cárcel, le han enseñado cautela. Nosotros ya sabíamos que lo primero que teníamos que hacer era ganar su confianza, y estábamos preparados para ello. (Tal vez sea esa una de las muchas razones del frecuente fracaso de la intervención sobre individuos que manifiestan una conducta desadaptada; demasiadas veces los profesionales de la intervención social hemos olvidado que corresponde al terapeuta o al educador ganarse la confianza del paciente, y que no lo logrará a menos que sea capaz de

comprometerse con él). Poco a poco fuimos venciendo su desconfianza, lo que nos permitió seguir avanzando y profundizando, tanto en nuestras observaciones como en nuestros programas de intervención, que fueron ganando en eficacia conforme los presos se fueron comprometiendo y participando activamente.

En resumen, para vencer su desconfianza es preciso convencerles de nuestra sinceridad, y en la situación penitenciaria eso supone un largo y difícil camino que el educador debe estar dispuesto a seguir, invirtiendo tiempo, esfuerzo y compromiso.

La desconfianza y la indiferencia afectiva son sanos mecanismos de defensa con los que el preso se defiende de las agresiones que recibe y, sobre todo, de la poderosa agresión que supone la cárcel. Para sobrevivir ha de encerrarse en sí mismo, debe refugiarse en un egocentrismo autoprotector.

Tuvimos un ejemplo de esta autoprotección afectiva cuando realizamos un programa en el Centro de Cumplimiento de Jóvenes de Alcalá II, el centro que en el argot penitenciario se suele llamar "Alcalá Piscinas". Durante un mes, y divididos en dos grupos con una duración de quince días cada uno, doce alumnos míos, (diez alumnas y dos alumnos, proporción habitual entre los estudiantes de Psicología), cada uno de los alumnos convivió con los presos de un módulo, actuando como monitor de tiempo libre. Durante esos quince días de intensa vida en común, se establecieron buenas relaciones interpersonales y se creó un ambiente muy positivo. Sin embargo, en los dos últimos días, la situación cambió hasta el punto en que ya casi nadie participaba en las actividades y las relaciones interpersonales con el monitor parecían haber desaparecido. Por eso, casi no hubo despedidas; los presos simplemente se limitaron a ignorar la situación. Desde una observación distante, éste puede ser un buen ejemplo de la inefectividad del preso, de su labilidad y de su indiferencia afectiva. Sin embargo, no es esa mi interpretación; desde una mayor profundización en el conocimiento de las consistencias comportamentales que se generan en prisión, interpreto esta respuesta como una defensa de la propia afectividad basada en ese egocentrismo a que me refería en el párrafo anterior. Ante la evidencia de la marcha de esa persona, con la que habían llegado a establecer una relación inusual en la cárcel, lo más efectivo y adaptado era protegerse negando la relación, bloqueándose mediante la indiferencia. Sólo así se puede sobrevivir en la prisión. Precisamente por esta razón decidí no volver a hacer experiencias puntuales. Nuestros programas a partir de entonces, como seguirá a ocurrir en el futuro, cuando volvamos a entrar en las cárceles, son programas de continuidad, sin plazos de finalización.

Sin embargo, esta reacción, que es normal en la cárcel, no ocurre en situaciones de libertad. Así, con otros reclusos del mismo centro, realizamos antes otra experiencia, durante la cual, cuatro grupos de presos, acompañados cada uno de ellos por dos alumnos, (siete alumnas y un alumno en total), y un monitor de la Comunidad de Madrid convivieron con otros jóvenes en un campo de trabajo, también durante quince días. Sin embargo, al finalizar la experiencia, los lazos afectivos establecidos durante la misma se mantuvieron, tanto con mis alumnos como con algunos de los jóvenes que allí conocieron, y ello a pesar de volver a la prisión.

Parece pues, que esa inafectividad es función del ambiente de la prisión. Por eso, en los jóvenes, que aún no han tenido un largo proceso de prisionización, modificando el ambiente se modifica la conducta, y ello a pesar de que, como vengo manteniendo en este apartado, la dureza emocional sea mayor.

En segundo lugar, ciertamente, desde una observación superficial, el preso suele manifestarse como lábil: su conducta interpersonal es fluctuante, inestable, pasa de un estado al opuesto con una irritante facilidad. Y esto desconcierta frecuentemente al personal de la cárcel. Sin embargo, una vez más, cuando se ha roto la distancia, esa labilidad afectiva, al igual que ocurría en el caso de la situación de inadaptación objetiva, puede tener otra lectura.

En mi opinión, esa pseudo-labilidad afectiva tiene dos tipos de manifestaciones que apuntan en la misma dirección. Dos ejemplos nos pueden ayudar a comprenderlo:

Por una parte, frecuentemente hemos visto cómo un recluso, que había entrado en una relación estrecha con alguno de nosotros, cambiaba y se mostraba huraño y antipático. Al principio eso nos desconcertaba y no encontrábamos explicación. Pero poco a poco, a lo largo de tres años de relación con la población reclusa, pudimos irentendiendo lo que pasaba en esas ocasiones: cuando se llega a establecer una buena relación, el recluso, que manifiesta unas muy profundas carencias afectivas, procedentes de todo su proceso de inadaptación y de prisionización, tiene una gran **necesidad de ser aceptado**. Esa necesidad se convierte, en virtud de su primariedad y su egocentrismo, consistencias comportamentales a las que me he referido frecuentemente, en un **exclusivismo en la relación afectiva**; el preso no suele aceptar de buen grado que alguien que le interese se relacione con otros presos. Este ha sido uno de nuestros problemas relacionales más frecuentes. Cuando uno de nosotros había establecido una buena relación con un recluso, le resultaba difícil conectar con otro, ya que el primero lo "acaparaba", pretendía evitar de mil maneras esa nueva relación. Incluso llegaba a volver a encerrarse en sí mismo, regresando a etapas ya superadas como manera de llamar la atención. Ahora, que aunque nos está prohibida la entrada en la prisión, seguimos manteniendo relación con la mayoría de los presos a través de cartas y de comunicaciones a través de los locutorios a que ya me he referido, es difícil que los presos entiendan que todos los que trabajábamos allí deseamos "comunicar", seguir manteniendo la relación con todos. Sin embargo, ellos tienen muy claro quien puede comunicar con quien.

Por otra parte, en ocasiones he percibido cómo un recluso con el que había establecido una buena relación cambiaba sin motivo aparente. Como sé que en estos casos lo mejor es verbalizar el problema, lo he hecho y me he enterado, por ejemplo, de que en alguna ocasión me he cruzado con él en un pasillo y por alguna razón no lo he saludado, o no lo he hecho con el énfasis que él esperaba. Yo ni me acordaba de ello, porque en una relación como las que establecemos habitualmente pasan una infinidad de situaciones similares, (ibas distraído, preocupado, charlabas con otra persona, etc.). Sin embargo, en la cárcel, una vez más en función de unas profundas carencias afectivas, cuando llegas a conectar con el preso, éste manifiesta una **sobredemanda afectiva**. Para él, lo

único evidente es su propia **necesidad de afecto**, que posiblemente surja de una íntima **sensación de desamparo**.

Todas estas características afectivas, (exclusivismo en la relación, necesidad de afecto, sensación de desamparo), muy profundamente ocultas en el preso, pero también profundamente asentadas, una vez que se logra romper la distancia es frecuente que aparezcan en la realización de nuestros programas en forma de enamoramientos, obviamente dirigidos a mis alumnas, lo que no es sino el resultado de su propio compromiso. Se trata sin duda de situaciones dolorosas, pero no de situaciones negativas, porque el que un preso, a veces con un largo periodo de encarcelamiento, sea aún capaz de amar, es un importante indicador de que aún está a tiempo de salir adelante. Eso, por supuesto, si el contexto anormalizador de la cárcel no logra destruirle definitivamente.

Como conclusión, una vez más, cuando se profundiza en la observación -lo que sólo se consigue si previamente se profundiza en la relación y en el compromiso- se evidencia en el recluso una necesidad de ser aceptado, de construir lazos afectivos; esas mismas vinculaciones que al comienzo veíamos que trataba de evitar. No se trata de una perspectiva contradictoria sino, una vez más también, de observar desde cerca, desde la manifestación real del fenómeno.

Por último, en este momento de la situación de inadaptación subjetiva, sigue existiendo una gran **dificultad para expresar las emociones**, debido a todo el pasado que veíamos antes, a lo que hay que añadir, además, el empobrecimiento emocional del ambiente penitenciario, que conduce a una **infantilización** de la afectividad del preso, y a la utilización de un lenguaje peculiar que no favorece precisamente la comunicación afectiva. En ello nos centraremos en el siguiente apartado.

## **2.8. Anormalización del lenguaje.-**

El lenguaje sin duda es importante. De alguna manera, de nuestro nivel de desarrollo lingüístico se desprenderán no sólo nuestras posibilidades de comunicarnos con los demás, sino también nuestra capacidad de reflexión, e incluso de pensamiento.

Cuando analizábamos la pérdida de vinculaciones, hacía referencia al concepto de "comunicación" (entendida como las visitas que recibe el preso) como un ejemplo del lenguaje peculiar de la cárcel. Progresivamente, conforme va avanzando el proceso de prisionización, el preso va asumiendo determinados términos verbales exclusivos de la cárcel, así como una entonación peculiar, e incluso una gesticulación diferente.

De esta manera, el preso va asimilando la cárcel, también a nivel lingüístico, y la forma de hablar se va incorporando a su proceso de prisionización. Al igual que ocurre cuando cambiamos de ciudad y poco a poco, conforme vamos asimilando la peculiaridad de esa ciudad en nuestra forma de vida, a nivel de horarios, de costumbres, de comidas, etc., vamos incorporando su acento a nuestra forma de hablar, de la misma forma el proceso de prisionización implica asimilar el lenguaje de la cárcel.

En este sentido, el lenguaje se convierte en otro elemento más de exclusión, de marginación, además de ser una característica importante de ese "sistema social alternativo" que es la cárcel y que, cuando salga, va a dificultar su capacidad de comunicación interpersonal.

Como tuve ocasión de analizar cuando estudiaba el proceso de inadaptación social, (VALVERDE, 1988b), el inadaptado llega ya a la cárcel con un determinado lenguaje, derivado de la expresión verbal de los grupos sociales en situación de pobreza (lo que BERSNTEIN llamaba "lenguaje público", frente al "lenguaje elaborado" de la clase media) que le dificulta su proceso de culturización y cristalización de la inteligencia, más que por una pobreza lingüística, por la distancia existente entre su lenguaje y el que utilizan las instancias socializadoras y culturales. Es ese lenguaje el que se va a desarrollar de una manera peculiar en la cárcel, como corresponde a una "institución total", con sus normas, sus expresiones y demás características, entre las que podemos destacar las siguientes:

**1i)** En cuanto a las palabras: Uso de términos exclusivos del medio penitenciario, y de palabras que en la cárcel adquieren una significación especial y que definen al individuo como preso. En este sentido, dice GOFFMAN que una de las características importantes de la institución total es la configuración de un lenguaje peculiar, que se convierte en un elemento más de identificación del individuo como miembro del grupo; en este caso, como perteneciente a la sociedad de los reclusos, con todo lo que de marginalidad y exclusión implica la prisión.

**2i)** En cuanto a las construcciones gramaticales: Empleo de frases breves y poco elaboradas, lo que lleva a un lenguaje rígido, apenas válido para la comunicación interpersonal y mucho menos para el pensamiento.

**3i)** En cuanto al lenguaje: En primer lugar, la utilización de un lenguaje cuyo objetivo no es la comunicación, salvo en sus niveles más rudimentarios; un lenguaje exclusivamente informativo, que responde a las demandas situacionales concretas.

En segundo lugar, el lenguaje de la cárcel es muy pobre en matizaciones personales. Todos los presos hablan igual, utilizando las mismas frases hechas. La pobreza de las relaciones con el exterior y el contacto permanente con las mismas personas, con las que, además, no se suelen mantener relaciones interpersonales estrechas, evidentemente empobrece el lenguaje, ya que la comunicación se convierte en algo secundario. Es un lenguaje reducido, adaptado al reducido mundo de la cárcel.

Por eso, en tercer lugar, es un lenguaje que estimula poco la expresión de las emociones, como vimos en el apartado anterior.

En consecuencia, también el lenguaje comparte la pobreza generalizada de la vida en la cárcel, y se convierte en un elemento más de esa pobreza, que va a dificultar al preso la comunicación con los demás así como su desarrollo personal. En consecuencia, el lenguaje va a empobrecer aún más la imagen que tenga de sí mismo, así como su imagen del mundo.

## **PRIMERA SESION:**

### **SALUD MENTAL EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS**

#### **✓ PSIQUIATRÍA Y CÁRCEL.**

**Enric Vicens Pons, Director del Área de Psiquiatría Penitenciaria del Servicio de Salud Mental (San Joan de Déu).**

#### **Antecedentes históricos**

- Locura y crimen son susceptibles de privación de libertad desde el siglo XV.
- Primeros manicomios: Valencia (1409); Zaragoza (1425), Mallorca (1456)
- El enajenado es considerado como potencialmente peligroso, improductivo, molesto....
- Siglo XIX se empiezan a plantear cambios apareciendo tratamiento diferenciado para el loco delincuente y se empieza a cuestionar la relación causal entre delito y enfermedad. Códigos penales de 1848 y 1870
- 1897: Reina Regente María Cristina establece una clasificación de los locos sujetos a procedimiento criminal o suspensos de condena por enajenación mental lo que tiene implicación para el destino de estos: pabellón penitenciario de enajenados, en manicomios públicos o en el domicilio familiar.
- A finales del S. XIX el enfermo mental es “entregado” a los cuerpos sanitarios locales con la Diputaciones provinciales complementada por instituciones privadas, generalmente, de carácter religioso (San Juan de Dios, Hermanas de la Caridad...).
- 1850: “Mientras el estado no tenga recursos suficientes para el establecimiento de seis manicomios, serán las Diputaciones las que habrán de disponer de locales para atender a los enfermos psiquiátricos hombres y mujeres”.
- 1944: Ley de Bases de Sanidad Nacional: Creación primeros dispensarios y urgencias.
- La política sigue siendo de encierro y asilamiento.
- Momentos de gran importancia en la evolución de la psiquiatría:
  - 1948: Declaración Universal de los Derechos Humanos
  - 1958: Aparición de la psicofarmacología
  - 1977: Resolución de la Comisión de los Derechos Humanos de protección de los enfermos mentales.
  - 1986: Integración de la psiquiatría al sistema general de salud: Unidad de Agudos en Hospitales Generales; transformación progresiva de los hospitales psiquiátricos. Centros de Salud Mental Comunitaria....
- Los diferentes pasos:

- Poseídos por el demonios a enfermos
- Personas sin derechos a personas con derechos
- Instituciones asilares a centros de tratamiento
- Enfermos irrecuperables a enfermos recuperables.
- Enfermos crónicos a enfermos con descompensaciones

1930: Manicomio penal en el Puerto de Santa María

1971-1995: Hospital General Penitenciario de Madrid

1984: Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante

1990: Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla

## Los referentes

Constitución Española (1978): Los artículos 43 y 49 garantizan el derecho a la salud y a la protección y plena integración de las personas discapacitadas.

**Ley general de sanidad** de 1986 donde se dice que “Todos los ciudadanos tiene derecho al respeto de su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que puedan ser discriminados por cuestiones de raza, sexo, moral, sociales , ideológicas, económicas, políticas o sindicales”.

Código Penal (1995): Cuando una persona considerada inimputable por causa de enfermedad mental, haya cometido un delito penal, el Tribunal tiene la posibilidad de someterle internamiento psiquiátrico (involuntario) por un periodo que en ningún caso será superior al de la pena que hubiera podido corresponderle.

La imputabilidad exige la capacidad de comprender lo injusto del hecho, así como dirigir la actuación, conforme a dicha comprensión. Es decir cuando el sujeto actúe bajo la influencia de una motivación anormal como es el caso de una enfermedad mental el CP reconoce la no culpabilidad completa del sujeto (inimputabilidad).

Por tanto la inimputabilidad no es un término psiquiátrico sino del derecho.

Medidas de seguridad: Las penas se imponen a los imputables mientras que las medidas se fundamentan en la peligrosidad criminal del sujeto al que se impongan, exteriorizada en la comisión de un hecho previsto como delito.

Estas medidas pueden consistir en:

- La realización de trabajos en beneficio de la comunidad.
- La suspensión o sustitución de las penas privativas de libertad por el cumplimiento de determinados deberes o obligaciones, entre los cuales hay la sumisión a un tratamiento ambulatorio el internamiento en centros de deshabitación, psiquiátricos o de educación especial, y la sumisión a programas formativos.

## Programa de ejecución de medidas penales alternativas:

Es un programa específico dependiente del Departamento de Justicia.

Se adscribe un profesional de seguimiento que participa en el proyecto terapéutico y se ocupa de mediar en el diálogo entre el Juez y los profesionales.

Limitación del programa a las personas que están en recursos convencionales no en cárceles.

#### Medidas de seguridad año 2001

|                                       |     |
|---------------------------------------|-----|
| Ingreso en centro psiquiátrico        | 37  |
| Ingreso en centro deshabitación       | 71  |
| Ingreso en centro educación especial  | 4   |
| Tratamiento ambulatorio               | 62  |
| Tratamiento ambulatorio deshabitación | 115 |
| Tratamiento programas formativos      | 19  |

#### ¿Hay enfermos mentales en las cárceles?

En el mundo hay 9 millones de personas encarceladas. Se desconocen el número de enfermos mentales en las cárceles.

Fazel (2002) realiza un revisión de 62 estudios de prevalencia de enfermedad mental en las cárceles de ciudades occidentales en los últimos años:  
23.000 presos: (81% hombres; edad media 29 años)

Hombres: 3,7% trastorno psicótico; 10% depresión mayor y 65% de trastornos de personalidad (47% TAS)

Mujeres: 4% de trastorno psicótico; 12% depresión mayor; 42% trastorno de personalidad (25% de TLP).

Gunn (1991): 37% de trastornos mentales: 2% de trastornos psicóticos; 10% de TP; 23 trastorno de drogas....

Singleton (1998): 7% de trastorno psicóticos; 20% intentos de suicidio; 66% de trastornos relacionados con drogas; 64 % trastornos de personalidad. En las mujeres los intentos de suicidio se elevan a un 37%.

#### ¿Y en España?

Hay una población superior a los 40.000 personas, es decir uno por mil de la población general.

5% sufre de trastornos mentales psicóticos (2000 personas).

450 enfermos están en uno de los dos hospitales psiquiátricos penitenciarios (Sevilla, Alicante). 100 más que hace 5 años: 56,5% esquizofrenia, 6,3% trastorno personalidad.

Los datos apuntan a la existencia de un número creciente de personas con trastornos mentales internadas en centros penitenciarios, en todo el ámbito europeo:

- Fenómeno de la institucionalización.
- Políticas sociales que no favorecen la integración.
- Factores políticos: En temas como seguridad....
- Factores sociales: consumo drogas....

## **La psiquiatría penitenciaria en Catalunya**

Las transferencias llegan en 1991

Creación de enfermerías psiquiátricas específicas e integración de psiquiatras consultores a las mismas dependientes de la Administración.

1999 se firma el convenio entre Departament de Justicia, Sanitat y Sant Joan de Déu. Serveis de Salut Mental para que sea esta la que se encargue de la gestión de la psiquiatría penitenciaria de la provincia de Barcelona. (sistema mixto de gestión).

2001: Puesta en marcha primera unidad polivalente psiquiátrica

2003: Inauguración Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Catalunya  
Los centros penitenciarios en Catalunya

Lleida (900): 1 consultor psiquiatra a tiempo parcial contratado por la DGIP

Girona (140) Figueres (170): 1 consultor psiquiatra de la entidad IAS (Salt)

Tarragona (300): 1 consultor psiquiatra de la entidad Pere Mata

Barcelona:

- C.P Homes (Model) (2000): 2 psiquiatras de SJD-SSM a tiempo completo. Previsión de aumento gradual del equipo hasta llegar a una estructura de U. Polivalente
- C.P Brians (1300) Centro mixto hombres-mujeres. 2 psiquiatras de SJD-SSM a tiempo completo. Previsión de dar servicios tipo U. Polivalente desde el Hospital psiquiátrico penitenciario.
- C.P Quatre Camins (1200): Unidad Polivalente de S.M.
- C. P. Joves (300) y C. P. Dones (400): Consultores a cargo de SJD-SSM

Las enfermerías psiquiátricas

- Modelo: 40 camas
- Brians (Martorell): 31 camas

- Quatre Camins (La Roca del Valls): 40 camas
- Hospital General Penitenciari de Catalunya: 4 camas de psiquiatría para situaciones agudas, especialmente en comorbilidad psiquiátrica. Gestionado por Consorci Hospitalari de Terrassa.
- A estas camas hay que añadir las que corresponden dentro de las enfermerías generales del resto de centros penitenciarios

### **Objetivo general**

Definir y organizar una red asistencial psiquiátrica que contenga los niveles de atención primaria, atención secundaria y terciaria. De forma coordinada e integrada entre si y en relación con la red pública normalizada, con quien comparte el modelo de atención y el modelo de servicios.

### **Objetivos a corto plazo**

- Mejorar la atención en las tres enfermerías actuales: potenciar la transformación en Unidades Polivalentes de Salud Mental
- Definir el modelo de atención y de servicios a través del trabajo del grupo de profesionales.
- Definir el plan funcional del Hospital Psiquiátrico de Catalunya.

### **Diagnóstico de problemas**

De la propia organización

- Los objetivos asistenciales no son proporcionales a los recursos de la organización
- La delimitación de las funciones asistenciales
- Limitaciones asistenciales (falsos positivos)
- Dificultades en la conexión psiquiátrica entre si (psiquiatría penitenciaria vs psiquiatría convencional) y otros órganos (sistema judicial....) que pueden dificultar los flujos en la atención.

De los profesionales

- Pocos profesionales y pocas expectativas de futuro.
- Ausencia total de algunos tipos de profesionales
- Modelo de equipo multidisciplinar.

De los pacientes

- Psicopatología compleja, heterogénea
- Comorbilidad asociada (drogas, discapacidad, trastorno personalidad...)
- La estigmatización social del delito en el enfermo mental

### **Finalidades**

- Potenciar los elementos sanitarios y de salud mental en los centros penitenciarios
- Mejorar la asistencia psiquiátrica penitenciaria teniendo en cuenta las diversas necesidades.
- Permeabilizar las relaciones con la red pública normalizada

- Generar conocimiento científico especializado a través de formación, docencia e investigación.
- Aumentar la profesionalización y satisfacción de los profesionales.

### **Aspectos relevantes del modelo asistencial**

- Homogeneidad interna de criterios y en relación con el sistema judicial y penitenciario.
- Carácter sanitario y preeminencia de las decisiones clínicas.
- Adaptación a la normativa de internamientos en establecimientos penitenciarios
- Relaciones coherentes y cooperativas con la red psiquiátrica pública
- Sistema de servicios integrados (red)
- Dirección única y gestión clínica en todo el sistema.
- Interdisciplinariedad y trabajo en equipo

### **Modelo de asistencia SJD-SSM**

**Modelo institucional** : “El compromiso de nuestra entidad se concreta en un modelo de atención integral, basado en la efectividad, la eficiencia y los valores éticos de sus profesionales y de su organización, y en el respeto a la dignidad de las personas, a sus propios valores y creencias.”

**La Carta de Identidad** de la Orden Hospitalaria de Sant Joan de Déu recoge:  
 •“Hablar de atención integral implica atender y cuidar la dimensión espiritual de la persona como una realidad esencial y relacionada con las otras dimensiones del ser: biológica, psicológica y social.(...) La dimensión espiritual va más allá de lo estrictamente religioso, aunque también lo abarca. (...) Con las personas que sientan el don de la fe , podremos celebrar de una forma explícita este proceso: que la persona en crisis pueda ponerse en contacto con su dimensión de fe, si esta existe , para que de ese encuentro surja una fuente de salud integral.(...) Deberá hacerse con toda sensibilidad y respeto, al ritmo que el paciente vaya marcando desde la libertad y el respeto hacia valores y creencias de las personas”

Para aplicar estos valores son necesarias unas actitudes de partida por parte de todos los profesionales:

- Capacidad de escucha
- Respeto a la individualidad
- Empatía
- Disponibilidad

Todas ellas son imprescindibles para atender de manera integral a nuestros usuarios

### **¿ Que es la Dimensión espiritual?**

Hace referencia a la intimidad, a lo invisible del hombre. Engloba :

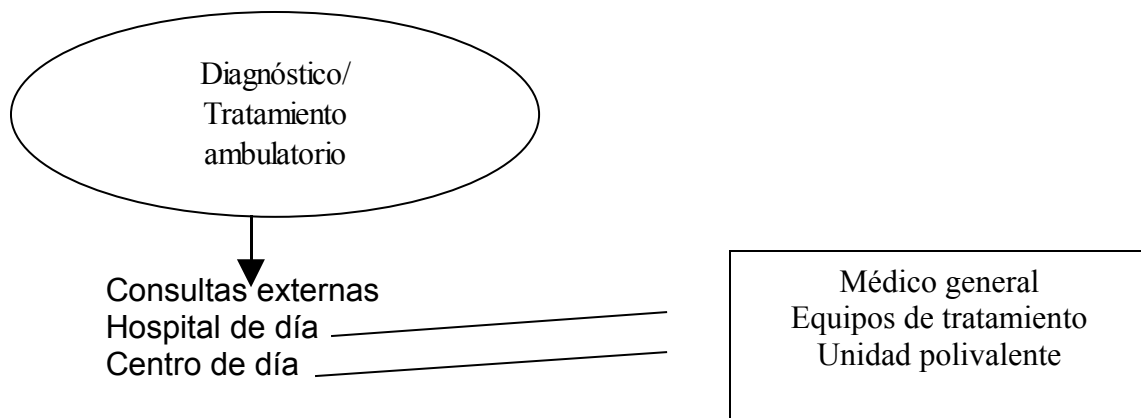
- La respuesta sobre el sentido de la vida ( sentido del amor, sentido de la felicidad, sentido de la muerte, sentido de la enfermedad y sentido del sufrimiento)

- Los valores más importantes que orientan nuestras opciones (nuestras acciones y también las relaciones)

Y de la misma manera que existe patología biológica, psicológica o social, existe patología espiritual que debe ser diagnosticada y atendida.

Unidades polivalentes de salud mental:

- Atención ambulatoria
- Tratamientos intensivos: Hospital de día
- Rehabilitación psicosocial
- Residencia para enfermos mentales



### El equipo de una U.P

- 2 psiquiatras.

### El equipo de una U.P

- 2 psiquiatras
- 1 psicólogo clínico
- 1 trabajador social
- 1 educador social
- 2 enfermeras
- 2 monitores
- 6 auxiliares de clínica

**Completado por:**

Jurista  
Maestro  
Funcionarios  
Voluntarios.....

**Los servicios de la U.Polivalente**

Programa de apoyo a los servicios sanitarios:

- Promover la detección de patología mental
- Apoyo a los médicos de módulo y apoyo a la intervención
- Interconsulta

Programa terapéutico

- Atención “ambulatoria” de personas con enfermedad mental grave y severa
- Atención intensiva en régimen de hospitalización parcial o “hospital de día”

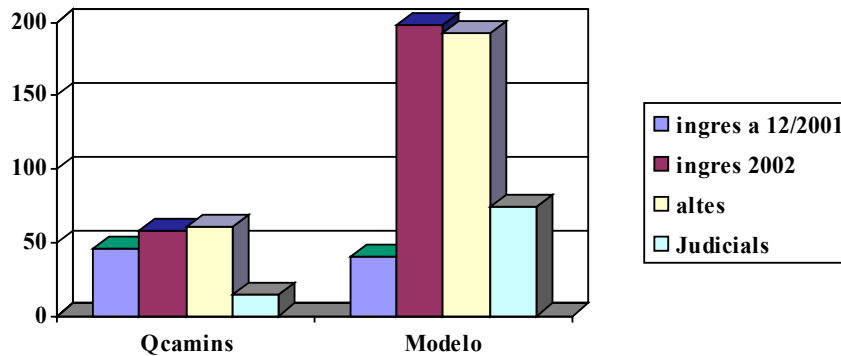
Programa rehabilitador

- Rehabilitación “comunitaria”: centros de día
- Rehabilitación para residentes de la Unidad de psiquiatría.
- Reinserción en la comunidad (red psiquiátrica convencional).

Programa de mantenimiento (programa residencial)

**N=450**

|           |                |                   |
|-----------|----------------|-------------------|
| Primera   | Urgentes<br>69 | Ordinarias<br>207 |
| Sucesivas | 342            | 1440              |



**La Unidad de Hosp. Psiquiátrica Penitenciaria de Catalunya**

Ubicado en Can Brians (Martorell) dispondrá de 67 camas distribuidas entre:

- Agudos/Urgencias 24 horas
- Subagudos
- Media- Larga estancia

Gestionado por SJD-SSM

Modelo sanitario/hospitalario

## **Los clientes**

- Los pacientes necesitados de atención
- Sus familias
- Los profesionales del medio penitenciario
- Los servicios y la organización de los centros penitenciarios: médicos, servicios sociales, educadores, equipos de tratamiento, servicio religioso, voluntarios...
- La red psiquiátrica convencional
- Los servicios sociosanitarios para la integración de los penados.
- Los servicios judiciales, dentro y fuera de los C.P.
- Las entidades financiadoras: Conselleria de Justícia, Programa de Salut Mental del Servei Satalà de la Salut
- Que asistencia prestar?
- Como mejorar la relación con la red psiquiátrica convencional?
- Cómo mejorar la aceptación de los pacientes que proceden de las prisiones?

## **La valoración**

- Que es la enfermedad mental?
- Como se evalúan las necesidades clínicas? (incluyendo la situación judicial, pero no sólo ella)
- De la multidisciplinariedad a la interdisciplinariedad
- De la valoración a la intervención pasando por el diseño de un plan terapéutico/rehabilitador individual (PTI), temporal, evaluable, tutorizado con objetivos realizables

## **La intervención**

Principios básicos de trabajo:

- La ética
- La competencia profesional
- La garantía legal
- La relación

De lo regimental a lo terapéutico

De la autonomía a la incapacidad

## **¿Como entendemos la rehabilitación?**

La rehabilitación psiquiátrica pretende como objetivo ideal un proceso de cambio personal y único en las actitudes, valores, sentimientos, metas y roles de la persona con enfermedad mental severa. Conseguir una vida satisfactoria y esperanzada, a pesar de sufrir una enfermedad mental, implica ofrecer al enfermo la posibilidad y el esfuerzo de todo el equipo asistencial, para conseguir un nuevo significado a la vida, que pasa por superar, o incorporar, el estigma de la malaltia mental, del delito conseguir nuevas oportunitades sociales y personales, dar un nuevo sentido a la vida, "nuevo sentido" que no está determinado por los roles del mundo diario. La mayoría de los enfermos mentales no estan casados, no tienen hijos, no trabajan... Por tant, el

profesional también a de tener presentes las limitaciones de la rehabilitación y de la “normalización” que se pretende conseguir.

### **Claves rehabilitadoras**

- Confiar en las capacidades de recuperación de la persona, inclusive, cuando el propio individuo no cree en si mismo, animarlo sin forzarlo, escucharlo y entenderlo.
- El profesional ha de situarse con una actitud abierta y respetuosa frente su diferencia y ha de trabajar con él desde esta condición de ser único y merecedor de todo el respeto como individuo.
- Tener siempre presente que el principal protagonista del proceso de rehabilitación és el enfermo. Los profesionales han de facilitar al usuario instrumentos para la recuperación. La necesidad de rehabilitación ha de surgir fundamentalmente del propio usuario. El objetivo de los profesionales es crear el deseo profundo de recuperarse.
- El paciente és el que más ha de conocer su enfermedad, sus capacidades y déficits. La información és un instrumento imprescindible para la rehabilitación.
- La motivación del profesional és imprescindible para trabajar en rehabilitación.

### **La coordinación**

Médicos de módulo  
Equipos de tratamiento  
Red psiquiátrica  
Red de toxicomanías  
Red de deficientes

### **La colaboración**

Los voluntarios:

- Colaboración en el mundo penitenciario
- Colaboración en el mundo psiquiátrico

La colaboración de voluntarios permite acortar algo las necesidades muchas veces ilimitadas de los enfermos mentales y la propia limitación de recursos de ayuda

•Desde fuera se puede hacer mucho para que cuando el paciente este fuera lo haga en las mejores condiciones.

### **Algunas funciones de los voluntarios**

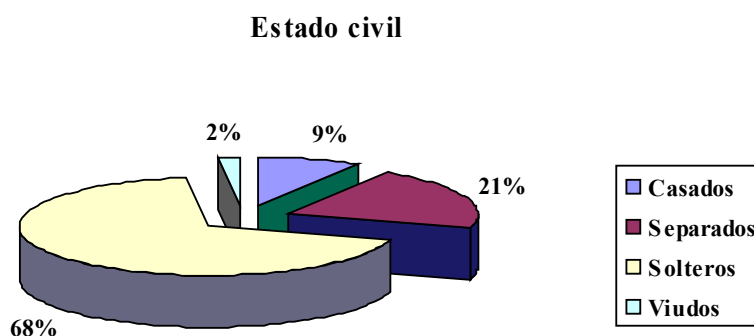
- **Investigación**, recogiendo datos y testimonios sobre una determinada situación.  
**Información y sensibilización**, difundiendo, dando a conocer situaciones, necesidades, problemas, despertando y movilizandó la conciencia de otras personas...

- **Orientación y asesoramiento**
- **•Formación**, educando en valores, capacitando en habilidades sociales, hábitos de salud, habilidades profesionales, etc., a personas y colectivos sociales.
- **Reivindicación y denuncia**,
- **Captación de fondos y recursos**,
- **Apoyo y asistencia directa** a personas en situación de necesidad
- **Planificación y gestión de proyectos** de acción, analizando necesidades.
- **Dirección, gestión y mantenimiento de organizaciones** de acción voluntaria, ocupándose de fortalecer la participación, mejorar la eficacia en el funcionamiento organizativo y en la acción para alcanzar los objetivos, desarrollando las relaciones con otras organizaciones o instituciones...

### En salud mental

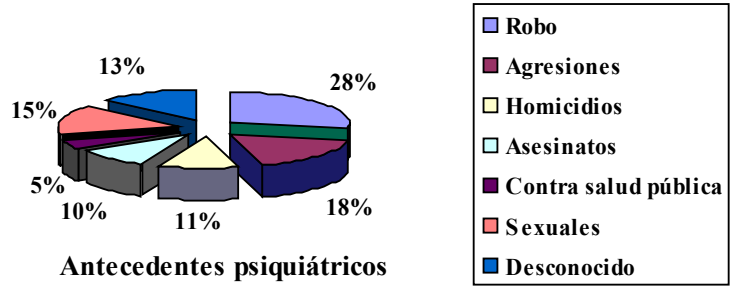
Los programas de voluntariado requieren:

- Formación en salud mental
- Coordinación con los equipos interdisciplinarios
- Soporte adecuado por parte de los equipos.

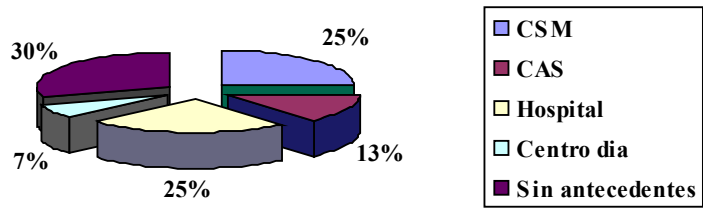


|                             |    |
|-----------------------------|----|
| Primer ingreso cárcel       | 45 |
| Reincidencia                | 67 |
| Tipo de delito:             |    |
| Robo con fuerza             | 31 |
| Agresiones                  | 20 |
| Homicidios                  | 12 |
| Asesinatos                  | 11 |
| Delito contra salud pública | 6  |
| Delitos sexuales            | 17 |
| Desconocido                 | 15 |

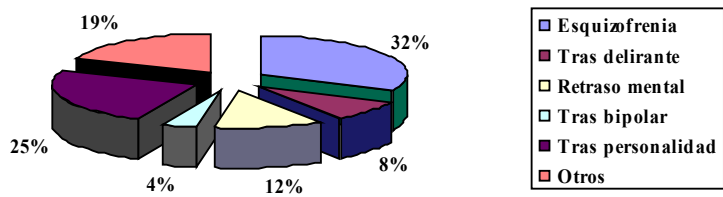
### Gráfico3- Tipos de delito



Antecedentes psiquiátricos



### Diagnósticos



## SEGUNDA SESION: ALTERNATIVAS A LA PRISIÓN EN SALUD MENTAL

### ✓ ALTERNATIVAS A LA PRISIÓN EN SALUD MENTAL.

**Jose Antonio Rodríguez, Juez de lo Penal.**

#### 1. INTRODUCCIÓN

El Derecho Penal, en su afán de actuar como elemento regulador de conductas, siempre se ha sentido más cómodo frente a un infractor libre y dueño de sus actos, a quien se pudiera imponer la pena, con un componente siempre presente de castigo, y a quien le fuera exigible la comprensión del porqué tal imposición. Todo el cuerpo científico que los estudiosos del derecho penal han ido creando en torno al concepto de *imputabilidad*, en cuanto al enjuiciamiento del hecho delictivo, y a los *finés de la pena*, en cuanto a la ejecución de la sentencia condenatoria, parte de ese esquema.

Quizás es por ello que todas las categorías psiquiátricas o psicológicas, relativas a los estados mentales del ser humano, se han mantenido en compartimentos estancos, y se han estudiado e interpretado de forma rígida y restrictiva, respecto a la posible incidencia sobre la capacidad de alguien para ser juzgado y castigado. La atención de los operadores del derecho penal siempre se ha centrado en el HECHO, incluyendo los factores subjetivos como la intencionalidad, la reprochabilidad, etc. Todos nos sentimos más cómodos actuando en torno al *hecho* y no podemos evitar sentir cierta desazón cuando se plantea alguna cuestión que presenta la conducta como algo incomprensible, de tal manera que obliga a adentrarse en los marasmos de la mente y, por tanto, a definir su patología.

Considero que los tiempos, ya inmersos en aquel lejano siglo XXI, nos exigen modificar muchos de los planteamientos que, durante el siglo anterior, hicieron calificar al derecho penal de clásico.

El impacto de las drogodependencias, desarrollado durante la década de los ochenta, es un referente ineludible para entender la presencia de un perfil de infractor penal que nada tiene que ver con el de dos o tres décadas antes, pero no puede ser el único. Todos comprobamos diariamente cómo se incrementa la complejidad de la vida en sociedad y su capacidad para rechazar al sujeto sin posibilidades de engancharse al status de trabajador-consumidor. También sabemos del deterioro que sufren las instancias sociales de apoyo y contención del individuo, desde la familia hasta las redes comunitarias, ya sean privadas o públicas. En definitiva, conocemos la (nueva) terrible realidad del infractor penal *psiquiatrizado*, (perdón por el palabro) sobre todo, por su mayor gravedad, del que ha permanecido en prisión durante demasiados años.

Quienes trabajamos dentro del sistema de justicia penal debemos reflexionar (y provocar la reflexión) sobre el papel que el derecho penal ha de desempeñar ante tal realidad, así como proponer las modificaciones y rectificaciones que, sin duda, deben acometerse. Lo que está pasando en torno a la incidencia de la salud mental en el derecho penal no es, ahora, satisfactorio.

## **2. PERSPECTIVA PENAL DE LA SALUD MENTAL**

### **2.1. Circunstancia eximente del art. 20.1ª del Código Penal**

El Código Penal vigente, sustituyendo los conceptos de *enajenación mental* y *transtorno mental transitorio* que nos ofrecía el anterior, adopta una fórmula psiquiátrico-psicológica, en que se alude a la causa (“anomalía o alteración psíquica”) y a los efectos (que el sujeto “no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión”). El cambio terminológico, aunque sea relevante en algunos aspectos técnicos, no ha alterado en lo esencial el planteamiento jurídico que había diseñado ya el Tribunal Supremo.

En primer lugar, se permite conservar la infravaloración del diagnóstico y de la enfermedad mental en sí misma, para situar el sentido de la exención de responsabilidad en la relación de causalidad entre la alteración o anomalía y el acto delictivo concreto.

En segundo lugar, se mantiene la descripción tradicional de la distinción entre capacidades cognoscitivas o intelectivas (“comprender la ilicitud del hecho”) y las volitivas (“actuar conforme a dicha comprensión”), así como de los efectos: absolución si alguna de tales capacidades está anulada, en términos absolutos, en el momento de ejecutar el hecho, o atenuación de la pena (eximente incompleta) si está mermada pero no anulada.

Sin embargo, el empleo de las expresiones “alteración” y “anomalía” psíquicas supone un avance relevante, por contener referencias mucho más amplias que las referentes a la enajenación y la enfermedad mental *strictu sensu*. Aunque se ha intentado identificar el concepto de “anomalía” con el anterior de “enajenado, y el de “alteración” con el de “transtorno mental transitorio”, de tal manera que todo continuaría igual respecto del Código derogado, lo cierto es que la jurisprudencia ha sabido reaccionar y establecer notables diferencias, acudiendo a la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales de la OMS para ampliar el supuesto de hecho de la norma. Abre la puerta a las neurosis y a los trastornos de la personalidad (llamados hasta hace pocos años psicopatías), sobre todo en cuanto a las posibilidades de aplicación de la eximente incompleta. (**Sentencias del Tribunal Supremo de 1 de octubre de 1.999 y de 7 de mayo de 2.001**).

En realidad, lo que está haciendo es resituar el eje principal sobre el que debe girar la decisión de eximir de responsabilidad o rebajar la pena, de tal manera que, como dice la **STS de 13 de junio de 1.994**, lo decisivo no es la

clasificación de un estado espiritual del autor (aunque sea condición necesaria la presencia de cualquier alteración o anomalía psíquica), sino la intensidad de los efectos sobre su posibilidad de autodeterminación, lo cual nos obligará a estudiar la relevancia de la alteración o anomalía de que se trate en cada caso concreto.

En definitiva, las claves de imputabilidad no están situadas ya en las tradicionales capacidades generales de entender y querer, sino en las de comprender la ilicitud del hecho y de acatar conforme a esa comprensión, pero entendiendo estos conceptos en relación a la aptitud del sujeto para ser motivado por la norma (“o para recibir el mensaje explicitado en la norma”), al mismo nivel que lo es la generalidad de los individuos de la sociedad en que vive, y, a partir de esa motivación, para conformar su conducta al mensaje imperativo de la norma con preferencia a los demás motivos que puedan condicionarla (**STS de 1 de octubre de 1.999**). El cambio de enfoque nos da una perspectiva muy diferente.

## 2.2. La drogodependencia.

En este caso se reproduce el mismo esquema anterior, esto es, una modificación importante en la selección de los conceptos empleados para describir el estado que ha de tener incidencia en la imputabilidad, junto al mantenimiento como elemento esencial para la atenuación de la pena de la acreditación de la relación entre la realidad de la drogodependencia y el hecho delictivo (relación de causa-efecto), aunque en este caso la interpretación dominante lleva a flexibilizar esa relación, siendo suficiente la de carácter abstracto entre la drogodependencia de larga duración y el tipo de delito (aquel que se comete con el fin de conseguir dinero para adquirir una dosis de la sustancia que se trate), aunque se pueden encontrar aun bastantes sentencias de Juzgados y Salas de Audiencias Provinciales que exigen la acreditación de la relación estrictamente temporal entre la drogodependencia y el hecho concreto. La jurisprudencia ha asumido con naturalidad el concepto criminológico de la “delincuencia funcional”

En cuanto a los nuevos conceptos – prescindiendo de la “intoxicación plena” del art. 20. 2ª del C.P., relativo al antiguo concepto de “embriaguez” más que a la drogodependencia –, el legislador optó por el *síndrome de abstinencia*, como causa de exención, total o parcial, de la responsabilidad penal, y por la *adicción grave a bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos*, como circunstancia atenuante.

Los inconvenientes probatorios respecto del primero de los conceptos, ha hecho que todo el protagonismo (como era previsible) se haya dirigido al concepto de **adicción grave**, de tal manera que se ha afirmado la innecesariedad de haber creado la circunstancia atenuante en el art. 21. 2ª del Código Penal, cuando la grave adicción puede considerarse la base para aplicar la eximente incompleta (art. 21.1ª) en relación con las causas del art. 20.2ª., solución ésta que habría dado una mayor relevancia a la disminución de culpabilidad que constituye el sentido de la atenuante, puesto que, entrando en juego el art. 68, se accedería a la pena inferior en grado.

Igualmente, esa solución dejaría la posibilidad de aplicar la atenuante analógica a los casos de menor afectación de la drogodependencia, al mismo tiempo que evitaría la realidad que se está produciendo en cuanto a la inaplicabilidad de la eximente incompleta sobre la base de actuar bajo el síndrome de abstinencia (como también sucede con la intoxicación plena).

En cualquier caso, la justificación de rebajar la pena, cuando concurre la atenuante de adicción grave, se encuentra en las consecuencias que provoca en el sujeto el padecimiento de la drogodependencia durante un período largo de tiempo (se exigirá normalmente que sea de años: intensa y prolongada, se dice en alguna sentencia), en relación con (la afectación de) las capacidades volitivas. Valga reproducir aquí la forma de expresarse de una sentencia del Tribunal Supremo: “El fundamento de la atenuación se encuentra en un déficit en la voluntad de la persona, ya que el consumo de drogas le exige la realización de actos o medidas para atender su consumo, actuando esa circunstancia como enervadora de los frenos inhibitorios para apartarse de ellos por los riesgos que le puede comportar, aspecto que está reflejado también en el informe psiquiátrico cuando se refiere al ‘síndrome amotivacional de los heroinómanos’” (**STS de 19 de febrero de 1.999**). Es reseñable que esta misma Sentencia recoge y asume la conclusión de un informe pericial que, literalmente, dice: “la toxicomanía es una enfermedad a la que se asocian elementos obsesivo-compulsivos, que en psiquiatría significa llevar a cabo pensamientos o actos a la fuerza, incluso percatándose el individuo de su absurdidad o lo dañino para la salud...”.

Es muy importante destacar que esta circunstancia atenuante, que no requiere acreditar el haber actuado (en el momento de cometer el delito) bajo los efectos de ningún síndrome carencial, por lo que se presenta como posible el aplicarla a drogodependientes con adicción a sustancias diferentes de la heroína, una vez aplicada en la sentencia condenatoria faculta al juez sentenciador la imposición de una medida de seguridad, sea o no privativa de libertad, conforme a los arts. 104 y 99 del Código Penal. Ello es posible gracias a la interpretación – superadora de la literalidad de tales normas – que ha elaborado el Tribunal Supremo, a partir de su **Sentencia de 11 de abril de 2.000**.

### 2.3. El trastorno mental sobrevenido a la sentencia

Como último supuesto de presencia de la salud mental en el Código Penal, puede citarse el contemplado en el art. 60\* del Código Penal, el cual permite suspender la ejecución de la pena privativa de libertad impuesta, sin límite temporal, en el caso de que, con posterioridad a que se declare la firmeza de la sentencia condenatoria, conste en el penado una *“situación duradera de trastorno mental grave que le impida conocer el sentido de la pena”*.

La exigencia de gravedad y, sobre todo, la alusión a carecer de capacidad para conocer el sentido de la pena, lo cual parece referirse a capacidades intelectivas y/o a auténticas enfermedades mentales alienantes, ha llevado a interpretaciones muy restrictivas de la norma y a que se haya aplicado en casos muy excepcionales. Sin embargo, considero que no tiene porqué ser así necesariamente: La **STS de 27 de febrero de 2.002**, tras describir la facultad que otorga este artículo como la de “sustituir la pena por la asistencia médica y,

en su caso, de declarar extinguida o reducida la pena tras la curación”, afirma que los requisitos para aplicarlo (“existencia en el condenado de una situación duradera de trastorno mental que le impide conocer el sentido de la pena”), concurren “en el grave adicto...**dados los daños psíquicos que produce la grave adicción** y ser el tratamiento de deshabitación la única actividad sociosanitaria eficaz para alcanzar la recuperación del adicto” (el destacado es nuestro).

Igualmente, la Consulta de la Fiscalía General del Estado 1/90, de 30 de abril, parece tener en cuenta, respecto al supuesto de la enajenación mental sobrevenida después de dictarse sentencia, la situación de “intensa adicción a la heroína”.

También puede plantearse la aplicabilidad de esta norma en el supuesto del penado que sufre una depresión endógena de muy larga duración, sobre todo si concurre con tendencia al suicidio, la cual, por no tener relación con el delito, no se llegó a valorar en el enjuiciamiento respecto a la aplicación de alguna circunstancia modificativa de la responsabilidad, con lo que, en el momento de ejecutar la sentencia se convierte en trastorno mental sobrevenido. Aunque puede plantearse la duda de si sería más adecuado aplicar la suspensión para enfermos graves con padecimientos incurables (art. 80.4 del C.P.), considero que es el art. 60 el que presenta la consecuencia idónea para este supuesto, respecto a la evitación de la prisión y la actuación encaminada al sometimiento al tratamiento correspondiente.

\*El Anteproyecto de Ley Orgánica de reforma del Código Penal, ahora ya Proyecto de Ley en el Congreso, ha modificado sensiblemente el redactado de este precepto, otorgándole la competencia para acordar la suspensión al Juez de Vigilancia Penitenciaria y permitiendo al mismo la imposición de una medida de seguridad privativa de libertad (cabe pensar que ello será facultativo para el Juez, si se mantiene la expresión “podrá”)

### 3. ESPECIAL MENCIÓN A LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD\*

3.1 Los trastornos de la personalidad han sido tradicionalmente ignorados *a priori* en el ámbito del sistema de justicia criminal, de manera que se les ha negado incidencia o relevancia en orden a la imputabilidad, por negársele la naturaleza de enfermedad mental. Pueden leerse muchas sentencias en las son definidos como “desviaciones caracterológicas” o meros “rasgos de la personalidad”, una manera de ser que no supone alteración de conciencia y voluntad, por lo que no han sido base suficiente, ni para rebajar la pena a imponer (declaración de inimputabilidad) ni para habilitar formas de ejecución de la pena diferentes de la prisión (esencialmente, la medida de seguridad).

Ello se ha debido, creo que decisivamente, a que han constituido un punto de conflicto dentro de la psicopatología y ha sido (y aun sigue siendo) un fenómeno confuso para la mayoría de los clínicos, habiéndose planteado serias dudas sobre su fiabilidad diagnóstica y carecido de guía de intervención terapéutica. Sin embargo, la situación está cambiando y se está llegando a consensuar una construcción

teórica que, además de las consecuencias a nivel terapéutico y asistencial, está provocando una valoración a nivel penal y en relación a la determinación de la responsabilidad en los tribunales.

Podemos partir de una definición del trastorno de la personalidad como:

- un patrón de experiencia interna y comportamiento, que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto y se manifiesta en dos o más de las áreas de cognición, afectividad, actividad interpersonal y control de impulsos
- es inflexible y desadaptativo, y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales
- es estable y de larga duración y se ha iniciado en la adolescencia o al principio de la edad adulta
- provoca malestar clínicamente significativo o deterioro en la actividad (funcional) del individuo
- no es atribuible a otro trastorno mental ni a una enfermedad médica.

\*El pasado 15 de noviembre de 2.002, la Comisión de Drogas del Colegio de Abogados de Barcelona celebró una Jornada sobre “Trastornos de personalidad y consumo de drogas”. Las ponencias presentadas han sido la base que he empleado para escribir estas páginas, especialmente las del Dr. Enric Vicens Pons, Director del Area de Psiquiatría Penitenciaria Sant Joan de Déu, y de Jose A. Hernández Sánchez, Psicólogo Forense del T.S.J. de Madrid.

3.2 El referido cambio de perspectiva ya se ha materializado en algunas sentencias del Tribunal Supremo, por lo que es de esperar que se irá creando un cuerpo teórico susceptible de ser aplicado con normalidad por la generalidad de los juzgados y tribunales.

La **STS de 5 de octubre de 1.991** afirmaba que el psicópata no es un enajenado, puesto que no está “fuera de sí”, pero sí un enfermo mental, y la **STS de 27 de noviembre de 1.995** concluía que el trastorno límite de la personalidad – al cual asociaba a “otras perturbaciones endógenas o exógenas, como consumo de drogas o drogodependencia – puede llegar a disminuir o alterar gravemente las facultades de discernimiento y voluntad, con disminución de la imputabilidad. Pero en esos años se negó su apreciación como eximente o eximente incompleta, salvo que coexistiera con alguna enfermedad mental o en circunstancias excepcionales (especial o profunda gravedad).

De las resoluciones posteriores, deben destacarse dos de ellas: la **STS de 1 de octubre de 1.999** y la **de 19 de enero de 2000**.

La primera de ella es fundamental puesto que se enfrenta a la tarea de crear una doctrina general de los nuevos conceptos incluidos en el Código Penal, los ya comentados de “alteración o anomalía psíquica”, describiendo la evolución histórica de la legislación y de la jurisprudencia

y concluyendo que el trastorno de la personalidad, no es que tenga análoga significación a la anomalía psíquica (respecto a poder aplicar una atenuante análoga del art. 21. 6ª del C.P.), sino que literalmente lo es, por lo que, dependiendo de su gravedad o intensidad, puede motivar la aplicación de una eximente incompleta respecto de la eximente del art. 20. 1ª del C.P..

La segunda de las sentencias realiza afirmaciones de carácter genérico, incluso intentando incluir definiciones. Del trastorno de la personalidad, en general, dice que “consiste en deficiencias psicológicas que, sin constituir una psicosis, afectan a la organización y cohesión de la personalidad y a su equilibrio emocional y volitivo”, y, seguidamente, afirma las posibles consecuencias del mismo en el ámbito de la imputabilidad: “Son desviaciones anormales del carácter, de origen diverso (biológico, social o psicológico), que no se asientan en ninguna facultad concreta afectando al conjunto o equilibrio de todas ellas y que, cuando tiene una **cierta intensidad**, particularmente si el hecho delictivo se halla en la misma esfera en que la anormalidad específica se desenvuelve, **afecta al comportamiento del sujeto, en cuanto que le impulsa a obrar en un determinado sentido, y puede tener relevancia en cuanto a la imputabilidad** o capacidad de culpabilidad en los hechos delictivos, ordinariamente porque **su facultad de autocontrol**, en el complejo mecanismo de su motivación ante una concreta conducta, **se encuentra disminuida**”

Esta Sentencia aplica una eximente incompleta de anomalía psíquica en un supuesto en que se describe, sin explicitarlo, un trastorno antisocial (o disocial) de la personalidad y, además, afirma que por sí solo es suficiente para motivar dicha atenuación de la pena, aunque la concurrencia de una drogodependencia no deja ya ninguna duda al respecto.

3.3 Para finalizar este apartado, creo que debe hacerse una alusión, aunque

breve, a la relación entre el consumo abusivo de drogas y los trastornos de la personalidad, puesto que es habitual ya encontrar en los informes médicos que llegan a los Juzgados la concurrencia de ambos diagnósticos, sobre todo de los trastornos límite y antisocial de la personalidad junto a la drogodependencia. Estamos empleando un término específico como es el de patología dual y la mayoría de los casos que en él se integran son de la relación a la que ahora me refiero.

De entrada, es importante reseñar que, si como hemos visto, la presencia de un trastorno de la personalidad puede fundamentar la atenuación de la pena en quien la sufre, también ha de tenerse en cuenta que su mayor gravedad o intensidad puede suponer que la atenuación sea mayor (con la aplicación de la eximente incompleta) y, respecto a esta relación, la concurrencia de una drogodependencia (sobre todo si es de la larga duración) junto al T.P. puede llevar al Juez a considerar por ello la mayor gravedad o una intensidad suficiente para aplicar esa eximente incompleta.

Al mismo tiempo, la conveniencia de que al Juez o Tribunal sentenciador le conste el doble diagnóstico (o único de patología dual) también se dará en la fase de ejecución de la sentencia. Es claro que será de gran trascendencia práctica a la hora de decidir cual ha de ser la respuesta pena más adecuada, si la misma ha de ser la prisión u otra o, especialmente, si se plantea la posibilidad de acordar una medida de seguridad y hay que decidir su duración o si la misma ha de ser privativa de libertad o no.

Finalmente, considero que sería recomendable que los técnicos comenzaran a especificar, en los informes que han de llegar a los jueces, los efectos que un TP tiene en un drogodependiente y viceversa, no solamente para medir mejor la inimputabilidad, sino también por la ayuda que puede significar en la ejecución de la sentencia: pensemos en los tratamientos de deshabituación cuyo abandono puede suponer un ingreso en prisión, y la incidencia que el TP puede tener en la valoración de la evolución en el tratamiento (recaídas, expulsiones,...).

#### 4. RESPUESTAS PENALES. LA MEDIDA DE SEGURIDAD

4.1 El Código Penal de 1.995 nos ofrece un modelo penológico que integra diferentes respuestas o reacciones posibles frente a la infracción penal, y en el que la pena de prisión, siendo una de ellas, no tiene porqué ostentar mayor protagonismo si constituirse en eje central de la actuación judicial. La respuesta penal debe atender a diversas finalidades, incluyendo la puramente retributiva, pero es evidente que entre ellas han de jugar criterios que prioricen a una/s sobre las otras.

Entre los objetivos que corresponden al sistema de justicia penal han de ostentar más valor los preventivos, los que aseguren una cierta eficacia en la evitación del hecho delictivo, y, dentro de éstos, considero el más trascendente el que denominamos de prevención especial positiva, dirigido a quien ya ha infringido la norma penal para que no reincida en el futuro.

Desde esta perspectiva, podemos partir de la idea de que la pena de prisión se ha mostrado históricamente ineficaz, por lo que es preciso discriminar tal respuesta y reservarla para aquellos casos en que, por las circunstancias concurrentes, o bien sea la mejor opción o bien no quepa otra respuesta posible. Lo que en un Estado Democrático, en el que se pretende que todos los ciudadanos, incluidos los infractores, participen, se espera del sistema de justicia penal es que actúe de la manera más racional para que el infractor no reincida, y eso, en cooperación con el resto de los poderes y administraciones públicas, debe hacerlo de forma individualizada y con los medios necesarios para garantizar un resultado eficaz.

Puede afirmarse que el punto esencial es garantizar la **reacción penal**, de tal manera que el penado sienta las consecuencias de su acción desde la administración de justicia, puesto que también ha de ser un valor el evitar en el infractor una sensación de impunidad; pero no es cierto que si no hay privación de libertad no hay reacción. Las llamadas “medidas alternativas”, caracterizadas por evitar el contacto con la prisión, no constituyen un perdón o una renuncia del Estado a la potestad que ostenta de punir (*ius*

*puniendi*), ni tampoco un alarde de benevolencia o humanitarismo (*pietatis causa*), sino que su aplicación es una auténtico **deber jurídico** cuando concurren los supuestos de hecho que contemplan las normas que las regulan.

En el ámbito de la relación entre salud mental y el derecho penal es quizás donde ese esquema apriorístico tiene más sentido y está más justificado. La ausencia de salud mental es, en sí mismo, un factor criminógeno, y el infractor que la sufre solamente puede llegar a vivir respetando la ley penal si se actúa directamente sobre la causa, dando una respuesta sociosanitaria que pueda adoptar la forma y el contenido de una auténtica reacción penal y, al mismo tiempo, se fundamente en una actividad asistencial y terapéutica que reduzca las probabilidades de reincidencia. Me centraré aquí en una de tales respuestas, que evita la incidencia de la prisión y se dirige directamente a mitigar o eliminar aquella ausencia de salud mental: la **medida de seguridad**.

4.2 La **MEDIDA DE SEGURIDAD** (en adelante, MS) y la pena son las dos consecuencias jurídicas del hecho delictivo, y se asemejan en su actual orientación común reinsertadora y reeducadora del sujeto infractor, así como en la vigencia en ambas de los principios esenciales del derecho penal como el de legalidad, el de jurisdiccionalidad y el de proporcionalidad; pero se diferencian en que, mientras la pena responde a la “culpabilidad” del sujeto, la medida de seguridad lo hace a la “peligrosidad” de quien carece de “capacidad de culpa” con unos objetivos de carácter terapéutico, con lo que la pena persigue diferentes fines mientras la MS busca únicamente los efectos de la prevención especial del autor del delito.

Precisamente el hecho de que el fundamento de la MS sea el concepto de “peligrosidad” ha provocado en muchos autores del derecho penal y operadores jurídicos un cierto prejuicio contrario a su aplicación, sin duda justificado por los orígenes de su concepción intelectual (Escuela Positiva) y por el uso que se dio durante el franquismo, con la Ley de peligrosidad y rehabilitación social de 1.970, en la que se institucionalizaron las medidas predelictuales, dirigidas a vagabundos, marginados, alcohólicos u homosexuales.

Sin embargo, entiendo que actualmente dicho prejuicio no tiene razón de ser, ante la claridad con la que, en la nueva regulación del Código Penal de 1.995, se imponen los mismos principios y garantías que imperan en relación a la pena, de manera que se presenta como imposible la comisión de los abusos que se produjeron en el pasado\*. Tales garantías son las siguientes:

a) Legalidad. El art. 1 del C.P., en su segundo párrafo, ya establece que “las MS solo podrán aplicarse cuando concurren los presupuestos establecidos previamente por la Ley” y el art. 2 extiende a ellas expresamente el principio de irretroactividad. Igualmente, el art. 3.2 nos dice que no podrá ejecutarse la MS de otra forma que la prescrita por la Ley...ni con otras circunstancias o accidentes que los expresados en su texto, texto que, actualmente se encuentra en los arts. 95 a 105, ambos incluidos, del Código Penal.

b) Jurisdiccionalidad. El art. 3 del C.P. establece que no podrá ejecutarse MS sino en virtud de sentencia firme dictada por el Juez o Tribunal competente y, además, que su ejecución se realizará bajo el control de los jueces y tribunales, lo cual ha de entenderse como un medio para conseguir el respeto de los derechos y garantías del sujeto sometido a la MS.

c) Proporcionalidad. Comporta la necesidad de encontrar una relación adecuada entre la acción reprobable y la respuesta a la misma, lo cual es trascendental en la materia que tratamos. Así, si con anterioridad al nuevo Código las características de la MS, en especial su duración, debían corresponderse con la gravedad y la persistencia de la “peligrosidad”, ahora, para determinar la naturaleza de la misma medida y su duración ha de atenderse a la pena prevista para el hecho cometido.

\*El Tribunal Constitucional construyó una doctrina general de la MS en relación con determinados derechos fundamentales en las sentencias de 14 de febrero de 1.986 y de 21 de enero de 1.993.

Ello significa que tan solo en aquellos casos de infracciones castigadas con pena privativa de libertad podrán aplicarse medidas de internamiento y siempre ésta con una duración no superior a la de aquélla, al margen de la entidad de la peligrosidad pronosticada. El mismo art. 6.2 del C.P. nos dice que las MS no puede resultar ni más gravosas ni de mayor duración que la pena abstractamente aplicable al hecho cometido, ni exceder el límite de lo necesario para prevenir la peligrosidad del autor.

d) Finalidad terapéutica. Las decisiones de mantener, modificar o cesar la medida, así como de revocarla se habrán de tomar en base a la evolución del tratamiento que se esté aplicando y siempre mirando a dicha finalidad terapéutica, no a otros intereses que sí pueden intervenir en la ejecución de la pena.

4.3 Por su parte los **REQUISITOS** para imponer una MS, según el art. 95 del C.P., son los siguientes:

a) Que el penado haya sido declarado, en la sentencia condenatoria

**inimputable o semiimputable**, esto es, que se haya aplicado (a.1) alguna circunstancia eximente de las previstas en los números 1º, 2º y 3º del art. 20 (haber actuado a causa de alteración o anomalía psíquica, intoxicación

plena, síndrome de abstinencia o alteraciones de la percepción), (a.2) alguna eximente incompleta respecto de las anteriores (art. 21.1º del Código) o (a.3), en relación con las drogodependencias y gracias a la doctrina del Tribunal Supremo consolidada a partir de las sentencias de **7 de abril y 7 de julio de 2.000**, la circunstancia atenuante de haber actuado a causa de grave adicción a drogas. Si el fallo de la sentencia condenatoria no incluye la aplicación de una de tales circunstancias, no será posible acudir a la MS.

b) **Que el sujeto haya cometido un hecho previsto como delito** y que ello se haya declarado en una sentencia firme por un Juez o Tribunal competente, lo cual constituye una garantía esencial para evitar las medidas predelictuales y externas al ámbito del Derecho Penal democrático. Es muy problemática, a causa de la falta de previsión legal, la cuestión de si es posible la aplicación de la MS como medida cautelar previamente a dictarse la sentencia.

c) La constatación de la “**peligrosidad**” potencial del penado (fundamento de la MS según el art. 6 CP), concepto descrito en el art. 95 como: “que del hecho y de las circunstancias personales del sujeto pueda deducirse un pronóstico de comportamiento futuro que revele la probabilidad de comisión de nuevos delitos”, con lo que el diabólico concepto de peligrosidad se ha visto limitado a la relación con el más conocido de la reincidencia, esto es, que no se trata de una “peligrosidad” social o genérica, sino de que se ha de referir, necesariamente, a la probabilidad de comisión de conductas descritas como delito en la Ley penal.

Es preceptivo para el Juez, a la hora de decidir la imposición de una MS, explicitar y razonar en la resolución un “juicio de peligrosidad” o de probabilidad de un hecho futuro, y ese razonamiento deberá responder a reglas racionales y lógicas, además de respetar escrupulosamente los derechos fundamentales del penado que puedan verse afectados en ese momento previo a la ejecución de la medida, como los de libertad ideológica, libertad religiosa, etc..

Ese juicio de probabilidad deberá también hacerse, según la norma, atendiendo al análisis del hecho delictivo y, sobre todo, de las circunstancias del penado, por lo que se tornará imposible sin la colaboración de determinados técnicos o profesionales de la salud mental (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales,...).

d) No debe considerarse un requisito para la imposición de una MS que ello se resuelva en la misma sentencia que se dicte, porque ninguna norma lo establece de forma expresa, pero, además, la opción de aplicar la circunstancia eximente atenuante habilitante de la MS en dicha sentencia y dejar la decisión de la imposición de la medida, incluido el juicio de peligrosidad, para la fase de ejecución, es del todo racional, razonable y respetuosa con los principios del proceso penal.

Así, la Sentencia del Tribunal Supremo de **27 de octubre de 1.999** avala la razonabilidad de una sentencia que así lo resolvió, en base a que la decisión de imponer una MS es, en todo caso, facultativa para el Juez o tribunal sentenciador, no se disponía en el acto del Juicio de los informes necesarios para decidir y, por último, se desconocía si algún otro órgano jurisdiccional había resuelto el cumplimiento de alguna pena en prisión (en el mismo sentido, sentencia de **27 de febrero de 2.002**. Incluso puede hablarse de lo aconsejable de resolver en fase de ejecución, puesto que favorece, en un momento posterior al acto del juicio oral, la efectividad de principio de contradicción, y permite la valoración, una vez se disponga de los informes técnicos precisos, de si

puede acordarse otra opción más adecuada que la MS (por ejemplo, la suspensión de la ejecución por la vía del art. 87 CP en relación a un drogodependiente).

#### 4.4 El régimen de cumplimiento está caracterizado por dos elementos:

a) El llamado **sistema dualista vicarial**, según el cual es posible la imposición al penado, por un mismo hecho pero conjuntamente, de una pena y una MS, aunque con previsión de que el cumplimiento de la medida es preferente y ese tiempo de cumplimiento efectivo se abona al de la pena. Si ese tiempo de cumplimiento de la medida es inferior que el de duración de la pena, según el **art. 99 CP**, se faculta al Juez sentenciador para que, evitando el estricto cumplimiento de la pena (ingreso penitenciario por el tiempo restante), suspenda la ejecución de dicho resto.

En este punto se presenta una cuestión de mucha trascendencia, puesto que la dicción literal del art. 99 es interpretada por muchos autores en el sentido de limitar el sistema de abono del tiempo de cumplimiento de la medida al de la pena, solamente a las MS privativas de libertad (internamiento psiquiátrico o en comunidad terapéutica), con lo cual, si la medida que se impone es de sometimiento a un tratamiento externo o ambulatorio, tal interpretación nos llevaría al total cumplimiento de la pena, normalmente de prisión, una vez que se produjera el alta en aquel tratamiento. Considero que dicha interpretación comporta un resultado indeseable que, además de impedir la efectividad de la medida en la mayoría de los casos, infringiría claramente el principio constitucional de *ne bis in idem*. Me inclino por la explicación del olvido en el legislador respecto de tal situación: concurrencia de MS no privativa de libertad y pena. La solución más razonable es que se aplique el mismo sistema previsto para el caso de que la MS sea privativa de libertad.

No olvidemos que, en el ámbito de las drogodependencias, la conveniencia de acudir a la solución del programa libre de drogas y la comunidad terapéutica no tiene por qué darse en el momento de decidir el juez sobre tal cuestión (más bien será muy difícil que coincidan), tiene su momento terapéutico, que puede ser anterior o posterior al momento de la resolución judicial. Si respetamos el diseño general establecido en el Código Penal para las MS, la finalidad terapéutica debe tener prioridad, de forma que el cumplimiento de la medida tenga efectos de abono al cumplimiento de la pena, independientemente de la naturaleza privativa de libertad o no de la medida, lo cual vendrá dado, necesariamente, por los informes de los técnicos sobre las necesidades del tratamiento.

b) Rige el **principio de flexibilidad** en cuanto a las decisiones que pueden tomarse con posterioridad al inicio de la MS, es decir, frente a la habitual rigidez en la forma de cumplir la pena (de prisión) y hacer frente a sus vicisitudes, el juez sentenciador puede acordar el mantenimiento de la medida, su cese, su modificación o la sustitución por otra medida, en virtud de las incidencias que se produzcan en la evolución del tratamiento.

Entiendo que si la medida es privativa de libertad, debe aplicarse respecto de tales decisiones, el procedimiento explicitado en el art. 97 del CP, según el cual, el juez sentenciador resuelve a la vista de una propuesta “elevada” por el Juez de Vigilancia Penitenciaria, propuesta que deberá hacer siempre que proceda y como mínimo una vez al año, tras recabar los informes que se considere oportuno de los técnicos que dirijan el tratamiento objeto de la medida. Pero si la MS consiste en un tratamiento externo o ambulatorio, considero que dicha tarea de revisión y seguimiento la puede llevar a cabo el juez sentenciador directamente

Puede decirse que en este punto también concurre una situación sin regulación expresa en el Código (otro olvido), cual es aquella en la que el penado que se ha sometido voluntariamente a una medida de tratamiento ambulatorio, lo abandona también de forma voluntaria, situación en la que, ante el incumplimiento de la medida (que además podrá dar lugar a abrir otro procedimiento por el delito de quebrantamiento de la MS), el Juez ha de tener la opción entre modificar o sustituir por otra medida pero privativa de libertad (ingreso en comunidad) y “revocar” la medida acordando el cumplimiento de la pena, en régimen penitenciario si es de prisión (de forma semejante a lo que acaece con la suspensión de la ejecución según el art. 87 CP y la revocación de la misma por abandono del tratamiento). Ni el art. 97 ni el art. 100 parecen incluir esta última posibilidad, reservando el cese de la medida para el supuesto de que desaparezca la “peligrosidad” del penado, es decir, de éxito del tratamiento, pero razones de lógica aconsejan llenar la laguna con la solución revocatoria antedicha.

c) Respecto a la **duración de la MS**, es importante destacar que para el Juez es preceptivo, en la resolución en la que acuerde imponerla, determinar la duración máxima que pueda tener, teniendo en cuenta que podrá ser un período de tiempo superior a aquel determinado para la pena de prisión en la sentencia, con el límite de la pena establecida en abstracto para el delito de que se trate. Por ejemplo, si la pena impuesta en sentencia es de seis meses de prisión por la comisión de un delito de robo con fuerza, la duración máxima de la MS podría ser de hasta tres años, de tal manera que si se establece una duración para la medida de un año, una vez el penado mantenga el sometimiento a tratamiento durante seis meses, lo cual llevará a que la pena de prisión no deba cumplirse en lo sucesivo, solamente quedará sometido, en caso de abandono del tratamiento, a la consecuencia de verse acusado por el delito de quebrantamiento de MS.

4.5 A modo de reflexión final, creo que vale la pena superar los prejuicios jurídicos e ideológicos que han perseguido a la MS desde que fue concebida, siempre y cuando se parta de la idea de respetar escrupulosamente las garantías que en la nueva regulación benefician al penado. Es una auténtica consecuencia jurídica del delito y una legítima respuesta penal que puede aportar una solución muy eficaz en muchos supuestos, en los cuales se pueda determinar con casi total certeza cuál es la causa de la actividad infractora (como ocurre en el ámbito de los drogodependientes) y se pueda establecer una forma de incidir en ella, mitigándola o minimizándola, con un nivel mínimo de afectación o restricción de derechos.

Esta apuesta requiere, a mi entender, tener muy claro que existe una enorme diferencia entre los inimputables y los semiimputables, entre los que debemos incluir a drogodependientes y quienes sufren trastornos de la personalidad, puesto que en estos últimos debe jugar un papel esencial el factor de la voluntariedad del sometimiento al tratamiento en que consista la medida, lo cual, a su vez, además de afectar a todo el régimen de cumplimiento y a la duración de la MS, puede dar importantes beneficios respecto de que el penado asuma la responsabilidad por lo que ha hecho y por lo que haya de suceder en el futuro.

Otro requisito, aunque no jurídico, para que la MS tenga la eficacia que esperamos consiste en que el juez sentenciador disponga de un servicio permanente, integrado por varios profesionales de la conducta, con el que tenga una relación o comunicación directa y ágil, un servicio que tendría como funciones, por un lado asesorar al Juez, tras informarse debidamente, sobre cual habría de ser la respuesta penal más adecuada para conseguir que el penado no vuelva a delinquir, y por otro lado una tarea de intermediación entre los centros donde se desarrollen los tratamientos y el juez, de tal manera que, protegiendo a los terapeutas (quedarían exentos de la obligación de informar directamente al juez), sería dicho servicio el que elevaría los informes atinentes al seguimiento y a la evolución del penado en el tratamiento a que esté sometido.

Fomentar el uso de la medida de seguridad es una idea a desarrollar, sobre todo en relación a la delincuencia funcional de los drogodependientes pero también sin perder de vista la incidencia de los trastornos de la personalidad en la salud mental de los infractores penales, sean drogodependientes o no. Puede ser un instrumento esencial para racionalizar la reacción penal y para que el sistema de justicia penal, sin necesidad de renunciar a su razón de ser (prevención del delito), participe activamente en las políticas de reducción de riesgos o daños, las cuales, no solamente se limitan a una serie de medidas técnicas contra índices de morbimortalidad relacionados con las drogas, sino que están íntimamente ligadas a la integración de los usuarios de drogas más excluidos hasta el momento: los infractores penales. No puede haber integración, que según la Constitución es el fin al que deben estar orientadas las respuestas penales, si no se desarrolla una acción de protección de la salud, física y mental, y de mejora de la realidad psico-social del condenado.

Barcelona, marzo de 2.003.

## **SEGUNDA SESION: ALTERNATIVAS A LA PRISIÓN EN SALUD MENTAL**

### **✓ MECANISMOS PARA LA EXCARCELACIÓN DE PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL.**

**Antonio Errasti, Médico del Equipo de Intervención  
de Toxicomanías en el C.P. de Nanclares.**

### **ARTÍCULOS APLICABLES PARA UN TRATAMIENTO ALTERNATIVO**

- 82: Régimen abierto restringido.
- 83: Régimen abierto pleno.
- 86.4: Régimen abierto con medios telemáticos.
- 182: Cumplimiento en centros de deshabitación y en centros educativo especial.
- 165: Cumplimiento en unidades dependientes.
- 117: Programas especializados para internos en segundo grado.
- 104.4: Casos especiales (enfermos incurables).

### **RÉGIMEN ABIERTO: TERCER GRADO**

- Permite al interno realizar programas de inserción, de deshabitación de drogodependientes y/o trabajo remunerado fuera del medio carcelario para conseguir la incorporación social.
- Contempla tres modalidades de vida reguladas por la Junta de Tratamiento:
  - Artículo 82: Régimen abierto restringido.
  - Artículo 83: Régimen abierto pleno.
  - Artículo 86.4: Medios telemáticos.

### **ART. 82: RÉGIMEN ABIERTO RESTRINGIDO**

- BENEFICIARIOS:
  - Peculiar trayectoria delictiva.
  - Personalidad anómala.
  - Imposibilidad de desempeñar trabajo en el exterior.

- Personas que los servicios sociales acrediten que van a desempeñar trabajos domésticos en su domicilio familiar.
- REQUISITOS:
  - Informe penal penitenciario.
  - Informe de evolución en toxicomanías y tratamientos en prisión.
  - Informe médico.
  - Estar empadronado en la CAV.
- OBJETIVOS:
  - Encontrar alguna asociación o institución pública o privada para su apoyo o acogida en el momento de su libertad.
  - Ayudar al interno a la búsqueda de un medio de subsistencia para el futuro.

#### **ART. 83: RÉGIMEN ABIERTO PLENO**

- Constituye una segunda fase con mayores cuotas de libertad y menores medidas de control.
- Se busca la normalización social, tratando de integrar a la persona a través de los servicios generales de la comunidad.
- OBJETIVOS:
  - Potenciar las capacidades de inserción social positiva.
  - Favorecer la incorporación progresiva al medio social.
  - Búsqueda de empleo e incorporación al mercado laboral.

#### **ARTÍCULO 86.4: MEDIOS TELEMÁTICOS**

- Se establecen medidas de control adecuadas (pulsera o tobillera) para que la persona no tenga que acudir a la prisión.
- Se incrementan las cuotas de libertad para favorecer la incorporación social de un modo más pleno.

## **ART. 182: CUMPLIMIENTO EN CENTRO DE DESHABITUACIÓN Y EN CENTRO EDUCATIVO ESPECIAL**

- Cumplimiento en unidad extrapenitenciaria cerrada independiente de Instituciones Penitenciarias.
- Triple compromiso protocolizado entre la institución de acogida, el centro penitenciario y el propio usuario para el control y desarrollo del programa.

## **CUMPLIMIENTO EN UNIDADES DEPENDIENTES**

- Unidades ubicadas fuera del recinto penitenciario preferentemente en viviendas ordinarias del entorno comunitario, dependientes de la Administración Penitenciaria y gestionadas por asociaciones u organismos extrapenitenciarios.

## **CASOS ESPECIALES**

- ARTÍCULO 104.4: Clasificación en tercer grado para enfermos muy graves con padecimientos incurables por razones humanitarias y de dignidad personal atendiendo a la dificultad para delinquir y su escasa peligrosidad.

## **ARTÍCULO 117. PROGRAMAS ESPECIALIZADOS PARA INTERNOS EN SEGUNDO GRADO**

- Medidas regiminales que facilitan la realización de programas de deshabituación de drogodependencias, formación laboral y/o reinserción social que conviene se realicen fuera del ámbito penitenciario, siempre que sea necesario para su incorporación social.
- OBJETIVOS:
  - Realización de programas especiales de tratamiento.
  - Aliviar los efectivos nocivos del internamiento.
  - Fomentar el vínculo con el entorno sociofamiliar.

## **RECURSOS PARA CUMPLIMIENTO EN UNIDADES EXTRAPENITENCIARIAS PARA ENFERMOS MENTALES**

- En la actualidad la red sanitaria pública ofrece la posibilidad de tratamiento psiquiátrico a corto y medio plazo pero no cuenta con dispositivo alguno para acoger enfermos mentales en cumplimiento alternativo.
- Existen centros privados que se prestan al acogimiento de estos enfermos pero no cuentan con la infraestructura y los medios adecuados para el correcto manejo del enfermo mental.

## **REALIDAD ACTUAL**

- En el enfermo mental en prisión es frecuente encontrar asociadas otras patologías:
  - Enfermedad física (HIV, Hepatitis C...)
  - Drogodependencias (politoxicomanía).
- Los recursos para tratamientos extrapenitenciarios de enfermos mentales con los que contamos son:
  - Centros de tratamiento y deshabitación de drogodependientes.
  - Centros de acogida de enfermos terminales.

## **CONCLUSIÓN**

- La respuesta parcial a la múltiple problemática de estos enfermos, debido a la falta de recursos específicos, ocasiona frecuentes fracasos terapéuticos con las siguientes repercusiones médico-legales.

## **SEGUNDA SESION: ALTERNATIVAS A LA PRISIÓN EN SALUD MENTAL**

### **✓ RECURSOS INTERMEDIOS PARA PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y PENAS O MEDIDAS JUDICIALES.**

**Lourdes Dueñas, Trabajadora social.**

Esquema de exposición

1. Red de salud mental en Cataluña.
2. Cúal es la realidad de las personas atendidas:
  - A nivel familiar.
  - Su nivel de instrucción.
  - Su grado de socialización con el entorno.
  - Su inserción en el mercado de trabajo.
  - En relación a su enfermedad.
3. Dificultades de la intervención.
4. El papel del Trabajador Social.

**Ana Cobo, Servicio de Asistencia y Orientación al Detenido  
S.A.O.S- Bizkaia.**

Esquema de exposición

1. Presentación de los Servicios de Cooperación con la Justicia: SAV, SAOS y SAER.
2. Características de la Población atendida en el SAOS con problemas de Salud Mental y Causas Judiciales.
3. Definición de Recursos Intermedios: Objetivos y Funciones de los mismos.
4. Dificultades de Acceso de la Población con Causas Penales a los Recursos Normalizados.
5. Propuestas desde los SAOS.

## ❖ OTROS DOCUMENTOS DE INTERES

### ✓ **CARTA AL PORTAVOZ DE LA COMISIÓN DE SANIDAD DEL GRUPO PARLAMENTARIO MIXTO (por parte de La Junta Directiva de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria).**

Sr. Portavoz de la comisión de Sanidad del Grupo Parlamentario Mixto:

La Junta Directiva de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (sociedad científico-profesional que agrupa a más del 80% de los facultativos de la sanidad de las prisiones españolas) está en la obligación de comunicarle:

1. El Parlamento Español, a través de dos proposiciones no de ley, una de junio del 96 y otra en; diciembre del 99, aprobadas ambas por unanimidad de todos los Grupos Parlamentarios, instaba al Gobierno de la Nación, a integrar la Sanidad Penitenciaria en el Sistema Público de Salud. Dichos mandatos aún no se han llevado a cabo, lo que está originando un progresivo deterioro del actual sistema sanitario penitenciario.

2. En el momento actual el sistema sanitario penitenciario es inviable, anticuado y no puede garantizar una atención sanitaria a los reclusos similar a la del resto de los ciudadanos, circunstancia que se ha puesto de manifiesto en múltiples foros entre los que destaca el último Congreso de Sanidad Penitenciaria. El actual sistema, debido a su aislamiento del resto de la sanidad, se encuentra con constantes problemas sólo soslayados con el esfuerzo personal de los profesionales y mediante la acumulación de ilegalidades e irregularidades administrativas que nos vemos obligados a cometer cada día para sacar adelante una asistencia sanitaria lo más digna posible.

Creemos que usted debe saber que:

1. - La dispensación de medicamentos en la inmensa mayoría de los Centros Penitenciarios se está realizando de forma ilegal, dado que se realiza a través de botiquines cuya gestión, compra de medicamentos y conservación corre a cargo del personal Penitenciario del centro (médicos, ATS-DUEs Y auxiliares de clínica) y no de farmacéuticos como exigen la Ley del Medicamento y las leyes autonómicas sobre este tema.

2. - Para poder garantizar una asistencia digna y con la complacencia de la Administración Penitenciaria, los Equipos de Atención Primaria de las prisiones, prescriben y dispensan medicaciones catalogadas por el Ministerio de Sanidad como de uso exclusivamente Hospitalario.

3. - Dada la absoluta carencia de equipos especializados, los médicos de prisiones se ven obligados a realizar funciones asistenciales especializadas como puede ser:

a) La atención a enfermos infectados de SIDA, que debido a la falta de

directrices organizativas -puesta de manifiesto por Sociedades como GES1DA-están impidiendo en muchos centros penitenciarios un correcto tratamiento de estos Enfermos. A esto se junta la actual prohibición de prescribir determinados fármacos para el tratamiento del SIDA (aprobados por el Ministerio de Sanidad) en contra de todos los informes técnicos y con el cínico criterio de ahorro en presupuestos, lo que conlleva una mayor dificultad para mejorar la adherencia al tratamiento de estos enfermos ya difícil por sí misma.

- b) **CONTROL DE ENFERMOS PSIQUIÁTRICOS:** La atención psiquiátrica en los centros es prácticamente inexistente, reduciéndose en la mayoría de los casos a un psiquiatra consultor que pasa consulta una o dos veces al mes, (actualmente bastantes centros se encuentran sin ninguna asistencia psiquiátrica). No existe la posibilidad de derivar a instituciones sanitarias a los enfermos psiquiátricos penitenciarios, por lo que estos se acumulan por los centros penitenciarios sin la asistencia especializada que precisan y sin poder adaptarse a las normas de régimen penitenciario, por lo que suelen ser pasto de infinidad de expedientes y sanciones disciplinarias, lo que deteriora aún más su estado. Los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios están colapsados y no pueden albergar a internados judiciales, sin poder ingresar a enfermos presos a no ser que lo ordene una Autoridad Judicial.
- c) Tratamientos de conductas adictivas, con programas de gran relevancia y utilidad como el programa de mantenimiento con metadona, que se está realizando de manera irregular, sin dotación alguna de personal específico, gracias a la buena voluntad de los profesionales sanitarios penitenciarios y en los ratos libres que les quedan o en sus horas de guardia; sin ningún profesional especializado y sin la coordinación necesaria con los recursos comunitarios y algún caso con dosis preparadas por los enfermeros del centro en lugar de por un farmacéutico.

4. - La atención sanitaria a los trabajadores presos, dados de alta y cotizando en la seguridad social por contingencias comunes, se está realizando de manera ilegal por nosotros (médicos funcionarios del ministerio del Interior) y sus bajas medicas y accidentes laborales atendidos y firmados por nosotros y no por personal del INSS como sería lo preceptivo.

A todas estas irregularidades hay que sumar el que trabajamos en unas condiciones profesionales poco dignas:

- Con una ínfima dotación material (centros sin aparataje de ningún tipo, algunos sin agua caliente, y prácticamente todos con las consultas sin las mínimas condiciones higiénicas ni de seguridad que garanticen una praxis correcta).
- Déficit de recursos humanos con relación de puestos de trabajo incompletas y en algunos casos obsoletas. Carencia de sustitutos en bajas o penados vacacionales

- Condiciones laborales extremadamente malas: excesivo número de horas de guardia por supuesto sin cumplir la normativa europea al respecto), salarios significativamente más bajos del resto de sanitarios del sistema público de salud, retribuciones de las guardias notoriamente inferiores y unas condiciones para realizarlas indignas (sin por ejemplo facilitar ni comidas ni sitios para comer y sin dependencias para realizar las guardias mínimamente preparadas, y lo que es peor sin transporte para acudir a las urgencias para los profesionales que las realizan en Centros con guardias localizadas).

Los profesionales de la Sanidad Penitenciaria somos conscientes de que dejar de realizar todas las irregularidades antedichas podría originar un caos organizativo y asistencial de imprevisibles consecuencias, y su divulgación pública podría crear alarma y preocupación en la opinión pública; pero también somos conscientes que, de mantenerse la organización y gestión de la sanidad penitenciaria por un Ministerio cuya finalidad no es la salud y que está permitiendo un deterioro progresivo de la calidad asistencial, puede mantenerse y aumentar la desestructuración actual, lo que unido a la extremadamente mala situación laboral y profesional de los profesionales que en ella trabajan, puede conllevar en muy breve plazo a un Colapso de la sanidad penitenciaria de imprevisibles repercusiones.

La sanidad penitenciaria se ha convertido en un ghetto al margen del resto del sistema sanitario, económica y organizativamente inviable, e incapaz de garantizar a los reclusos la igualdad de derechos en materia sanitaria con el resto de ciudadanos, como marca la Constitución.

Por todo esto, nos vemos obligados a solicitarle su inmediata intervención, instando al Gobierno a garantizar los derechos *sanitarios* los reclusos, y que, respetando la voluntad que expresó el Parlamento Español en las proposiciones no de ley aprobadas por unanimidad del Parlamento Español, se proceda a la inmediata integración de la sanidad penitenciaria en el sistema *público* de salud.

✓ **“ESPAÑA: AUMENTAN LOS ENFERMOS PSÍQUICOS EN LA CÁRCEL, DENUNCIAN LOS CAPELLANES”**. Artículo, página web: ZENIT.org. Madrid, Septiembre 2002.

La Iglesia en España está preocupada por el incremento de personas con patología psíquica en prisión constató el I Encuentro Nacional sobre Enfermos Mentales y Prisión organizado por el Departamento de Pastoral Penitenciaria (CEPS), el 18 de septiembre en Madrid. La constatación surge de la experiencia de hace años recogida por las Capellanías de Pastoral Penitenciaria, informa el Servicio de Información de la Conferencia Episcopal Española, SIC. Las ponencias del Encuentro trataron sobre “Sanidad penitenciaria y problemática de los enfermos mentales internados en establecimientos de la Administración Penitenciaria de Cataluña” (pronunciada por Enric Vicens Pons); la “Aportación de entidades extrapenitenciarias al tratamiento y atención de enfermos mentales incurso en procedimientos penales: límites y posibilidades”, (Jose Manuel Arroyo Cobo y Eduardo Ortega Martínez); y “Atención y tratamiento de enfermos mentales incurso en procedimientos penales: legalidad actual y necesidades reales de legalidad” (por el sacerdote José Luis Segovia Bernabé).

Los expertos presentaron junto con datos cuantitativos del fenómeno y las respuestas que se van dando en diferentes zonas de España, la necesidad de impulsar las casi inexistentes políticas generales de prevención, protección y atención al enfermo mental en el marco comunitario. El diagnóstico de la situación, definido con nítida precisión por los profesionales, ratifica las intuiciones de capellanes y voluntarios de las capellanías: la salud mental en España es una asignatura pendiente. Los participantes constataron que tras la Reforma psiquiátrica en los años ochenta, con la consiguiente desinstitucionalización de miles de pacientes, no se multiplicaron profesionales formados y motivados para atenderlos de forma ambulatoria, ni se crearon centros de crisis, ni se estableció una red diversificada de recursos como centros de día, o centros residenciales de corta, media y larga estancia, ni se incentivó de modo suficiente la coordinación con el resto de servicios de la comunidad.

El resultado ha sido que una parte no despreciable de los enfermos acaba en la cárcel, o en el albergue o exasperando a unos familiares que se sienten abandonados por todos y no encuentran soluciones. Entre las propuestas obtenidas del encuentro destacan que es necesario una salud mental comunitaria. No habrá adecuada atención dentro, si no se procura fuera y ello con presupuestos y recursos. Se precisa lograr una mayor aproximación entre el mundo de los juristas y el de los psiquiatras. En cuanto a Pastoral Penitenciaria, además de destacar la urgencia de multiplicar programas específicos con más profesionales, coinciden en que es necesario seguir profundizando en que estamos ante enfermos; lo sustantivo es la enfermedad, lo adjetivo la privación de libertad.

Como segunda cuestión importante ven necesario sensibilizar a la opinión pública acerca de la grave situación que padecen los enfermos psiquiátricos, tanto dentro como fuera de la prisión, y contribuir a evitar el doble estigma:

además de preso, enfermo mental. Alternativas a la prisión El tercer punto de las conclusiones insta a crear pisos de acogida (públicos y eclesiales) para personas con esta problemática; exigencia de coordinación entre el medio penitenciario y los servicios comunitarios de salud mental, socio-sanitarios, judiciales, así como a urgir el incremento de plantilla para la atención psiquiátrica a los presos. Asimismo piden al Departamento de Pastoral Penitenciaria que el área social facilite la tramitación de pensiones por minusvalía psíquica; el área jurídica aporte autos favorables de los Juzgados de Vigilancia Penitenciaria relacionados con estos temas; y que el área pastoral prepare un encuentro para delegados diocesanos, capellanes y voluntarios que trate de la atención pastoral a estos enfermos psíquicos, valiéndose también de la experiencia de la Pastoral de la Salud.

Finalmente, en un quinto punto, los participantes pidieron la creación de centros extrapenitenciarios de carácter comunitario para tratar determinadas patologías y evitar su estancia en prisión; buscar alternativas preventivas; tomar personal auxiliar para trabajar con grupos muy reducidos convenientemente dirigidos por profesional competente; prestar atención al problema de las personas extranjeras, presas y enfermas mentales; crear centros educativos, psiquiátricos, a que se refiere la ley, pero de carácter más comunitario que penitenciario; preparar con mucha antelación la excarcelación de los enfermos mentales solos; y profundizar en el acompañamiento espiritual y religioso de estas personas. En suma, reclaman hacer realidad las Reglas Mínimas y las recomendaciones del Consejo de Europa (1987) que los enfermos mentales no sean tratados en prisión, sino en dispositivos comunitarios de carácter no penitenciario.

✓ **SALUD MENTAL Y PRISIONES. Rev. Esp. Sanid. Penit. 2000**

**Rafael Herrera Valencia. Coordinador del Equipo de Salud Mental del Distrito Bahía-Vejer, Cádiz.**

Las conclusiones finales del trabajo son resultado del trabajo desarrollado en un marco concreto observacional y operativo, posiblemente otros encuadres permitan la emergencia de otros fenómenos y otras teorizaciones.

La organización de un marco de colaboración estable y programado entre los servicios médicos de las prisiones del Puerto de Santa María I y II y el E.S.M D. "Bahía" se estableció en el año 1991, año en el que el equipo reestructura su organización basándose en el modelo asistencial comunitario.

Desde esa orientación entendimos que el conjunto poblacional de ambas prisiones constituirían, por su volumen poblacional y por su perfil, una población en riesgo.

Por ello, se diseñó un programa específico que, aunque con algunas modificaciones, se mantiene vigente. Los servicios médicos de prisiones se definieron como equipo básico de asistencia primaria y les aplicamos el programa habitual de coordinación asistencial y formativo común para los centros de primaria de nuestro distrito sanitario. Ya, en este periodo de programación, pudimos percibir las ansiedades que la relación con el ámbito presidiario generaban en el seno de nuestro equipo; unas dimanaban de la relación con el aparato judicial (peritaciones, informes, declaraciones, juicios, etc.); y otras de la tipología socio-sanitaria de los usuarios (marginalidad, delincuencia, consumo de tóxicos, etc.); la dificultad para la elaboración de dichas ansiedades originó el que la coordinación asistencial fuera asumida por el coordinador del equipo.

Con estas premisas se estableció que las demandas asistenciales procedentes de la población reclusa, tanto las ordinarias como las urgentes, deberían seguir los canales y normas habituales para el conjunto de los ciudadanos; así los reclusos son atendidos en nuestro Centro, previa petición de cita, a demanda informada y valorada por el facultativo de prisiones. En general se procura que las demandas sean atendidas por el responsable de la coordinación a fin de facilitar el posterior seguimiento y colaboración; si la situación clínica lo requiere los pacientes son atendidos periódicamente como visitas sucesivas.

En nuestro criterio el que los reclusos sean atendidos en nuestros locales, pese a que comporta un esfuerzo de coordinación para el traslado con las Fuerzas de Orden Público, contribuye a mantener estable el encuadre observacional y terapéutico y a normalizar e integrar la asistencia a este grupo poblacional. Salvo algún caso aislado los agentes policiales aceptan quedarse fuera del despacho y respetar el derecho del interno a la privacidad e intimidad; en estos años no se ha producido un solo altercado, ni situación violenta.

Las ofertas terapéuticas, dentro de la gama de recursos disponibles en el equipo (programa de pacientes en riesgo, programa de atención comunitario, a la psicosis, intervenciones familiares,...) quedan reducidas a intervenciones farmacológicas, entrevistas dirigidas al esclarecimiento emocional y, en casos aislados, a psicoterapias focales y breves.

Es evidente, y este hecho forma parte de nuestras reflexiones finales, que la pena de pérdida de libertad, conlleva, de hecho y no inevitablemente, la pérdida de otros derechos no incluidos en la condena, en este caso el derecho a beneficiarse de determinados recursos terapéuticos.

Las posibles indicaciones de tratamientos en un encuadre hospitalario encuentran serias dificultades. La asistencia en la Unidad de Agudos de nuestro hospital de referencia, por las distorsiones que conlleva la presencia en la sala de los agentes de custodia, es un hecho excepcional; salvo situaciones extremas en las que se solicita el ingreso del interno en el Psiquiátrico Penitenciario, la enfermería del Centro Penitenciario es utilizada como espacio de observación y tratamiento para la atención a situaciones críticas; se hace evidente que una enfermería general no es el espacio idóneo para la atención a situaciones críticas psiquiátricas.

La indicación de tratamiento rehabilitador, para los casos de trastornos psicóticos crónicos conlleva traslado del interno al Psiquiátrico Penitenciario; desconocemos los datos necesarios sobre el funcionamiento de estos Centros.

El programa de colaboración con los Servicios Médicos de Prisiones se contempla con el desarrollo de actividades formativos. Media mañana al mes nos desplazamos al Centro Penitenciario; trabajamos material clínico, “casos problema”, sobre el que se desarrolla una reflexión teórica y terapéutica. Cuando surge un interés específico sobre un tema (suicidio, psicosis, simulación, conducta violenta,...) dedicamos una o varias sesiones al trabajo teórico. El material clínico y las modalidades de intervención ha permitido ir desarrollando un análisis institucional.

Durante estos años se ha podido realizar un trabajo de investigación epidemiológica estudiando la “prevalencia Goldberg” en población reclusa y la incidencia del encarcelamiento como factor de riesgo dentro de los “stressfull life-events”. También se han comunicado distintos aspectos de nuestra experiencia en Congresos.

El aspecto formativo e completa con las rotaciones por nuestro Centro de facultativos de prisiones.

Fruto de esta experiencia es la reflexión, que a continuación desarrollaremos, y las conclusiones finales del informe.

## ANÁLISIS INSTITUCIONAL

Es suficientemente conocida la escasa capacidad rehabilitadora, último fin constitucional de nuestro sistema penitenciario que acapara altos índices de reincidencia delictiva. Con independencia de las causas ligadas a este hecho que tienen su origen en factores sociológicos que pesan sobre la población reclusa (bajo nivel cultural, extracción social marginal, bajos ingresos económicos familiares...), y al altísimo porcentaje de reclusos drogodependientes inmersos en procedimientos judiciales ligados directa o indirectamente con consumo de tóxicos, más de un 70% de los ingresos en prisión tienen relación con delitos contra la salud pública, creemos que en dicho déficit rehabilitador incide también de manera notable el funcionamiento institucional. Dicho funcionamiento tiende a evitar, en una colusión entre internos y funcionarios, el contacto emocional con el hecho delictivo que generó la pena de privación de libertad.

Al comienzo de nuestra relación con los Servicios Médicos de Prisiones nos llamó la atención el que en los informes clínicos que nos remitían sobre los pacientes no constara, ni se recogiera, dato alguno acerca del tipo de delito cometido, dato que consideramos de alto interés a fin de valorar aspectos ligados entre el tipo de delito ( estafa, homicidio, robo, tráfico de estupefacientes...) y la estructura de personalidad, la psicopatología expresada y las posibilidades terapéuticas. El que este dato sea habitualmente desconocido, no tenido en cuenta, no sólo por el personal sanitario sino, en general, por los funcionarios de prisiones, el que no se hable, no se conozca, no se trate, el hecho concreto por el que un ciudadano está en prisión, indica la colusión a la que nos referíamos. La convivencia institucional entre funcionarios e internos incluye una defensa fóbica, una separación disociativa entre el antes y el ahora, entre la vida extramuros y la vida carcelaria. La consigna institucional se constituye en torno a una norma que sería: "Usted pórtese aquí bien, trabaje para reducir pena y salga cuanto antes". Las posibilidades rehabilitadoras desde esta dinámica institucional que evita activamente las posibilidades de contacto y la elaboración emocional con los sentimientos de culpa está absolutamente imposibilitada.

Es llamativo en esta misma línea la ausencia de los psicólogos de prisiones en las actividades que venimos desarrollando; la función de estos psicólogos, los que serían los representantes de la vida mental en la institución, se reduce a, mediante el uso de pruebas instrumentales, valorar la peligrosidad potencial intrainstitucional del interno y clasificar su paso por los distintos grados regimentales; no intervienen asistencialmente sobre aspectos psico(pato)lógicos individuales de los internos, ni sobre las dinámicas grupales o institucionales.

De esta forma el mandato constitucional rehabilitador en la práctica se reduce a que el interno evite el desarrollo de conductas disruptivas intrapenitenciarias.

Otro aspecto que también nos llamó la atención y que ilustra el funcionamiento polusivo, fue el uso de un "argot" común, el lenguaje carcelario, por los funcionarios y los internos; como fenómeno grupal, creo que expresa la

construcción defensiva de una cultura idiosincrásica que refuerza la disociación entre institución carcelaria y sociedad civil y que origina identificaciones confusas, adopción mimética de estilos, entre funcionarios e internos, lo que impide las necesarias diferenciaciones para que se pueda tratar el sentido último de la privación de libertad.

El tipo de ansiedad predominante es de tipo paranoide; la vida institucional se organiza como defensa muy primitiva para la contención, que no elaboración, de dicha ansiedad. Los internos se sienten amenazados entre ellos y por los funcionarios, éstos se sienten amenazados por los internos y por la Administración y ésta, a su vez, por los agentes sociales (partidos políticos, sindicatos, prensa...); las dificultades institucionales para organizar formas de elaboración de la ansiedad menos rígidas y primitivas, se ponen de manifiesto en el alto índice de bajas laborales, entre un 20 y un 30% que sufren los funcionarios y en el desarrollo en los internos de conductas sumisas, elaboración hipocondríaca de quejas a fin de objetar cuidados médicos que atenúen dichas ansiedades o incrementando dicha ansiedad paranoide, mediante su actuación creando terror en la institución con autoagresiones, secuestros, motines...

Las aportaciones de M. Foucault en “Vigilar y castigar”, señalando cómo “la penitencia ha pasado, en nuestra cultura, del castigo corporal a actuar sobre la vida mental mediante la suspensión de derechos ciudadanos; esta actuación sobre la vida mental ejecutada a través de la pérdida de libertad, debe posibilitar la presencia en el ámbito institucional penitenciario, de una psicología operativa, no exclusivamente defensiva y al servicio del orden institucional; consideramos que hay que atender y minimizar el riesgo que la privación de libertad por sí misma, como factor de riesgo, comporta para la salud mental.

## **ANÁLISIS INTERINSTITUCIONAL: SALUD MENTAL-PRISIÓN.**

Consideramos a institución psiquiátrica como la organización social que tiene por finalidad, entre otras, la atención de ciudadanos que, por diversos motivos biológicos, psicológicos y sociales, presentan, en mayor o menor medida una disminución de su libertad interna que les genera limitaciones en el ejercicio de sus libertades sociales.

La institución penitenciaria, tal como es entendida actualmente, tiene por finalidad actuar sobre la persona que ha sido condenada a sufrir la pérdida de la libertad, con el fin de que durante su encarcelamiento rehabilite los factores que han incidido en el desarrollo de su conducta delictiva.

El ámbito epistémico de la moderna institución penitenciaria se dirige pues a un objeto próximo al definido para la psiquiatría; para una el significado y actuación sobre la conducta delictiva y para la otra la conducta anómala, compartiendo ambas instituciones, por lo tanto, zonas de intervención que tienen por objeto la vida mental y la conducta relacional significativa del ser humano.

El hecho de que hasta fechas muy recientes en nuestro ámbito, la institución psiquiátrica asumiera la potestad de privar de libertad mediante el internamiento y custodiar a las personas cuyas alteraciones de conducta, motivadas por trastornos mentales, pudieran promover daños para sí mismos o para los demás, delimitaba, a riesgo de introducir abusos, como es patente que se produjeron, con cierta nitidez, el campo de intervención técnica de la institución penitenciaria y de la institución psiquiátrica. El cierre de los psiquiátricos, el abandono de las funciones custodiales que en ellos ejercía la psiquiatría, está promoviendo que estas funciones sean asumidas por la administración de justicia ocasionando que por orden judicial y antela carencia de garantías custodiales psiquiátricas, se estén promoviendo ingresos en prisión, al menos de modo preventivo, de enfermos psiquiátricos

que presentan cierto riesgo de generar con su conducta patológica “alarma” social. Queremos señalar el riesgo de que por esta vía el presidio vuelva a poblarse, como en una situación pre-pineliana, de psicóticos, trastornos graves de personalidad, deficientes mentales...

En esta situación que estamos describiendo, creemos inciden las dificultades que para su desarrollo está encontrando, por causas ideológicas y económico-sanitarias, el modelo comunitario que tiene por objetivo apoyar la capacidad de contención e integración por la propia comunidad de las conductas disruptivas de sus miembros con el apoyo de los recursos técnico, sanitario y social.

✓ **LA ATENCIÓN A PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES EN LAS PRISIONES.** Mariano Hernández Monsalve y Julián Espinosa Iborra. Conferencia multilateral organizada por el Consejo de Europa-Programa de actividades para el desarrollo y la consolidación de la estabilidad democrática. Estrasburgo. Diciembre 1999.

Muchas de las apreciaciones y opiniones que exponemos proceden de la experiencia española, tanto de los servicios públicos de salud mental en la red sanitaria general, como de los servicios de sanidad penitenciaria. No es difícil, sin embargo, intentar desde ahí una aproximación a la perspectiva europea, ya que la mayor parte de los problemas, y de las posibles soluciones, son muy parecidos de un país a otro.

Es cierto que, tal y como se recoge en las Recomendaciones Nº R (98), 7 del Comité de Ministros del Consejo de Europa, en los últimos años, coincidiendo con el aumento de la población penitenciaria, se ha observado un sensible incremento en el número de personas que padecen algún tipo de trastorno mental. Esto no significa que sea debido a un efecto específico de la prisión sobre las personas internas sino más bien, de una parte, a la desaparición de los manicomios como espacio que durante dos siglos ha albergado a una buena cantidad de personas socialmente problemáticas, y por otro lado, al considerable aumento de la población general que carece de recursos de todo tipo o está simplemente marginada, entre la que hay que contar con un buen número de personas con trastornos mentales, en especial psicosis crónicas, que de una manera u otra acaban con facilidad en la prisión. Sin contar, claro está, con los trastornos mentales provocados por el consumo de sustancias tóxicas o por enfermedades como el SIDA.

A ello hay que sumar esa serie de problemas descrita en el documento de La Haya<sup>1</sup>, como riesgos de suicidio, problemas por adaptación al medio penitenciario, los derivados de la frecuente masificación de centros -incapaces de garantizar el principio básico de privacidad e intimidad del interno y, especialmente, su seguridad-, de sus malas condiciones materiales, higiénicas, etc., de la escasez de personal o su deficitaria formación, de la ausencia de información adecuada sobre los diferentes aspectos de la vida en el centro estrictamente reglamentados, de la arbitrariedad con que se hagan cumplir tales reglamentos, el aislamiento prolongado o indefinido, los malos tratos físicos o psicológicos, el posible incumplimiento de las normas relativas a los derechos fundamentales de las personas internadas, los traslados arbitrarios de cárcel, el internamiento en prisiones alejadas del medio familiar, etc.

---

<sup>1</sup> “Declaración de consenso sobre la promoción de la salud mental en las prisiones”( noviembre 1998), promovido por la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud, aprobado por la asamblea general de Salud Mental Europa/FMSM en Bruselas el 27 de marzo de 1999.

## **2. FUNDAMENTOS Y CONTEXTO LEGISLATIVO**

1º La Constitución Española (1978), al igual que otras constituciones, reconoce explícitamente el derecho a la salud de todos los ciudadanos

2º La Ley General de Sanidad (1986) reconoce el derecho a recibir atención a los problemas de la salud mental sin ninguna discriminación respecto a otros problemas de salud. El Sistema Nacional de Salud atenderá a los pacientes mentales en la misma red asistencial que el resto de los pacientes (en España no hay una legislación sanitaria específica diferenciada para la asistencia psiquiátrica)

3º El Código Penal español, tras la reforma de 1995, estipula que cuando una persona considerada inimputable por causa de enfermedad mental, haya cometido un delito penal, el Tribunal tiene la posibilidad de someterle a un tratamiento ambulatorio, o podrá imponerle internamiento psiquiátrico (involuntario) por un periodo que en ningún caso será superior al de la pena que hubiera podido corresponderle.

## **3. LA REALIDAD ASISTENCIAL EN LA PRISIONES.**

### **3.1. Aspectos generales**

1) En España hay una población en prisiones en torno a 40.000; es decir, cerca de uno por mil de la población general.

2) Casi el 5% de esta población sufre trastornos mentales psicóticos (1920 pacientes, según datos de la Dirección general de Instituciones Penitenciarias..)

3) Además, 420 pacientes están en uno de los dos hospitales psiquiátricos penitenciarios existentes en el Estado, y otra cantidad de pacientes no precisada, en unidades de psiquiatría de la red sanitaria general. En ambos casos se trata de sujetos considerados culpables de delitos graves, y reconocidos como inimputables por el Tribunal. En estos casos el juez ha indicado el internamiento como medida de seguridad cuya finalidad es el tratamiento y la rehabilitación (el que el paciente sea enviado a una unidad de hospitalización psiquiátrica general o a un hospital psiquiátrico penitenciario, depende del juez).

Como quedó dicho anteriormente, la estancia en el hospital (ya sea psiquiátrico penitenciario, ya psiquiátrico general), en ningún caso podrá ser superior a la que el sujeto hubiera debido permanecer en prisión, de haber sido considerado imputable.

### **3.2. Premisas para una correcta atención**

Cualquier plan para la atención de las personas privadas de libertad con trastornos mentales debe pasar por asumir las tres premisas siguientes:

A. La persona privada de libertad mantiene su derecho a la salud, como el resto de la población general.

- B. El enfermo mental no debe sufrir ninguna discriminación con respecto al resto de los enfermos (lo que no siempre es asumido por los responsables de las prisiones o los médicos de las mismas; y no es infrecuente que se nieguen a tratar enfermos mentales y tiendan a trasladarlos rápidamente a un hospital psiquiátrico, sobre todo si hay uno penitenciario).
- C. El Sistema Nacional de Salud de cada país debe implicarse plenamente en la atención a los problemas sanitarios de los presos, y concretamente la atención a sus problemas de salud mental, de la misma manera que lo hace con el resto de su población (en caso contrario, los enfermos presos y el personal sanitario de las prisiones se encuentran doblemente aislados y por tanto con menos posibilidades de afrontar con éxito los problemas que se plantean y, sobre todo, de encontrar soluciones a largo plazo).

Aunque parezca obvio, ello supone que toda la normativa que existe en leyes nacionales sanitarias o penitenciarias y reglamentos específicos, incluyendo las leyes penales, deben hacer alusión expresa a estos principios y ser revisadas no solo para facilitar su cumplimiento, sino también para suprimir cualquier obstáculo que suponga una discriminación con respecto a la población general o a los enfermos de las restantes patologías. Hay leyes penales que consideran aún, que durante el tiempo en que un interno sufra una enfermedad psiquiátrica, queda suspendida su pena, que tendrá que terminar de cumplir una vez recuperada "la razón", lo que, entre otras cosas -caso de una demencia SIDA- puede suponer la condena indefinida.

De acuerdo con los principios citados, la atención psiquiátrica en las prisiones estaría basada en los siguientes puntos:

1.La base del sistema sanitario de la prisión debe constituirlo un equipo de atención primaria, formado por médicos, enfermeros y personal auxiliar cualificado, quedando la psiquiatría en un segundo nivel.

2.Como señala el punto 2 del Anexo a las Recomendaciones nº R(98)7, dichos equipos deben contar con suficiente personal para asegurar un mínimo de atención ambulatoria y de urgencias a todo el personal internado que lo necesite y para poder realizar planes de detección precoz de los problemas psiquiátricos o preventivos.

3.Estos equipos de a.p. deben ser los responsables de la detección, tratamiento inicial y si es posible resolución de la mayor parte de los problemas de salud mental que sucedan en la prisión. La experiencia española demuestra que cuando los internos acceden directamente a un especialista en psiquiatría, no solo demandan muchos más fármacos tranquilizantes o estimulantes sino que existe una mayor tendencia a psiquiatrizar -también por parte de los responsables de la prisión- la mayor parte de los conflictos habituales en estas instituciones totales.

4.De acuerdo también con la experiencia española, consideramos de la máxima importancia implicar a los equipos de los centros de salud mental en la comunidad (pertenecientes al Sistema Nacional de Salud), para que sean ellos quienes presten el correspondiente apoyo psiquiátrico y psicológico a dichos equipos de a.p. En términos generales se puede afirmar que en este caso

existe una mejor calidad asistencial que cuando es la propia prisión quien contrata al psiquiatra, que en ningún caso estará en condiciones de realizar las prestaciones del equipo comunitario. Además tiene la ventaja de que los equipos comunitarios pueden hacer después un seguimiento y control de los casos que lo requieran, cuando se concede la libertad al preso, libertad que muchas veces se ordena por el juez de la noche a la mañana, sea cual sea el estado clínico del paciente (es decir, es importante hacer ver a los responsables comunitarios que los problemas sanitarios del personal recluso, antes o después se trasladan a la comunidad). Sin embargo, los psiquiatras de centros penitenciarios y pocas veces contacta con los servicios de la comunidad.

5. Es misión fundamental de los equipos de salud mental (o de los responsables sanitarios de la comunidad, si estos equipos no existen) la formación continuada de los equipos de a.p. de la prisión, fundamental para que estos puedan realizar con mayor solvencia y confianza el tratamiento oportuno de los problemas de salud mental. Formación que reclaman normalmente y que pocas veces se les da.

6. Es indispensable la existencia de camas de psiquiatría en las enfermerías de las prisiones, para lo que es indispensable que todo nuevo establecimiento cuente con una moderna enfermería y que se mejoren al máximo las de los establecimientos antiguos. Sin ello es muy difícil garantizar una correcta asistencia a los casos agudos que casi siempre son tratados en celdas de aislamiento, que reúnen muy malas condiciones.

7. En los casos más graves, es recomendable que el enfermo sea trasladado a la Unidad de Psiquiatría del Hospital más próximo, de la red sanitaria general.

8. Un problema de difícil solución es el de los psicóticos crónicos (y los retrasos mentales más o menos severos). Se trata de personas, a menudo abandonadas por sus familias, víctimas ya en la calle de ciertos clanes, pero que carecen de recursos personales para sobrevivir en el duro ambiente de la prisión. Su incapacidad para cumplir las estrictas reglas de la cárcel no solo les hace víctimas frecuentes de castigos, sino que en la mayoría de los casos son los que nunca pueden acceder a los beneficios del llamado tratamiento penitenciario, que en realidad consiste en un código de buena conducta que cuando se cumple, reporta, especialmente sustanciales reducciones de condena.

Para este colectivo es preciso constituir equipos de rehabilitación que desde la comunidad y con la colaboración de los funcionarios (a quienes convendría preparar e incentivar para el desarrollo de estas tareas), pueden llevar a cabo programas de rehabilitación encaminados precisamente a mejorar la adaptación de estos enfermos a la vida penitenciaria, su participación en todo tipo de actividades que ofrezca la prisión, laborales, educativas, deportivas, etc. y responsabilizarlos a su vez para su reinserción posterior en la comunidad. Pero hay que ser conscientes de que la rigidez de las estructuras penitenciarias, la desconfianza con la que los funcionarios viven la entrada de personas ajenas a la prisión y a menudo también la resistencia de los jueces a otorgar beneficios, precisamente a enfermos mentales por el dichoso estigma, hacen muy difícil la constitución y funcionamiento de tales equipos.

Alguna experiencia concreta, como la que se está llevando a cabo con pacientes de la cárcel de Navalcarnero, en Madrid, avalan este enfoque.

9. Por eso es también primordial la formación de los funcionarios en un doble sentido: porque ellos están necesitados de programas especiales de promoción de salud y prevención por el tipo de trabajo que realizan (especialmente los que han de tratar con casos violentos), pero también de cara a los enfermos mentales para informarles debidamente y ayudar a luchar contra el estigma de estos enfermos, que pocas veces son realmente conflictivos (exceptuando los serios trastornos de la personalidad), pero son mal vistos por dificultades de adaptación a ciertas rutinas, o por no colaborar en algunas tareas cotidianas (limpiar su celda, cumplir horarios o participar en actividades).

10. Tanto para el abordaje de los problemas de salud mental dentro de la prisión como para los derivados de su puesta en libertad, es fundamental la cooperación de los servicios sociales de dentro y de fuera de la prisión.

11. Un problema especial es el de la existencia o no de hospitales psiquiátricos penitenciarios teniendo en cuenta que existe un grupo de población que habiendo cometido un delito grave, es privada de libertad por decisión judicial, aunque no se le considere responsable. En España, por ejemplo, se llevó a cabo el desmantelamiento del viejo hospital penitenciario psiquiátrico, dirigido por funcionarios no médicos, con escasa dotación sanitaria y cuyas condiciones inhumanas fueron condenadas públicamente por la AEN y el Defensor del Pueblo y se suprimió también un Centro para psicópatas, que había sido fuente de continuos problemas, incluyendo graves motines incapaces de controlar por los funcionarios, y lógicos por concentrar a los reclusos más conflictivos. Alternativamente se construyeron dos nuevos establecimientos penitenciarios psiquiátricos, dotados de personal especializado (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, rehabilitadores, enfermeros y auxiliares).

Se modificó también el Código Penal, en los aspectos antes comentados, suprimiendo los artículos que hacían indefinido el internamiento psiquiátrico, evitando lo que tan a menudo estaba sucediendo en la práctica: que la mayoría de los que ingresaban en una de estos establecimientos vivía en él hasta su muerte -Cuando se produjo la revisión de todos estos internos, la mayoría llevaba internado muchísimos años por pequeños delitos, casi siempre robos-. La aplicación del actual Código Penal español, que data de 1995, ha contribuido a disminuir notablemente la población psiquiátrica ingresada por este motivo y a evitar situaciones poco acordes con los derechos humanos de muchos enfermos. Al mismo tiempo se ha reglamentado que en los establecimientos psiquiátricos penitenciarios solo se podrá ingresar por decisión de un juez penal, suprimiendo la posibilidad de que pueda ser trasladado un recluso de una prisión cualquiera por decisión de su director o del cuerpo médico.

#### **4. CONSIDERACIONES FINALES Y CONCLUSIONES**

4.1. Hemos podido comprobar que la frecuencia de conductas delictivas por personas que padecen trastornos mentales mantiene una estrecha relación con las condiciones sociales ( las situaciones difíciles tales como el paro, la carencia de hogar y vivienda con el consiguiente vagabundeo en la calle, la emigración – legal e ilegal- , los traumas biográficos, el haber sido víctima de abusos e incluso de tortura... la pobreza, además del abuso y/o dependencia del alcohol u otras drogas ). Todas ellas constituyen situaciones de riesgo tanto para sufrir enfermedad mental como para incurrir en conductas delictivas... por tanto:

**1ª Conclusión. Tener en cuenta que las medidas preventivas básicas son de naturaleza social y política; son por tanto una responsabilidad socio-política, antes que responsabilidad social o sanitaria. Aún así, corresponde también a los servicios de salud ( general y penitenciaria ) reclamar la adopción de esas medidas.**

4.2. Por otra parte, los problemas de la estructura social, tales como la debilidad de los lazos sociales y de valores como la solidaridad, desplazados por el individualismo y la competitividad, constituyen sin duda factores que contribuyen a mantener la marginación de grandes grupos de población, incluyendo muchos pacientes mentales. Es especialmente llamativo que aún en lugares donde existen, accesibles a la población, servicios sociales y de salud mental, las personas más pobres y marginadas, que son quienes previsiblemente tienen necesidades más importantes, no llegan a conectar muchas veces con estos servicios, por lo que...

**2ª Conclusión. Hay que reforzar la estructura y la organización de los servicios sociales, de los servicios de atención primaria, y de los servicios de salud mental comunitaria para disminuir las barreras ( culturales, administrativas..) y facilitar el acceso a los servicios, especialmente a la población en riesgo de exclusión o claramente excluida. A este respecto, es imprescindible reconocer los derechos de ciudadanía a todos los que en un momento dado se encuentran en territorio europeo.**

4.3. Comprobamos también el problema tan frecuente de los pacientes que tras su estancia en prisión, al ser puestos en libertad, se interrumpe el tratamiento, no establecen contacto con el servicio de salud mental de referencia, y a menudo no volverán a estar en tratamiento hasta que vuelven a prisión, tras la recaída – la repetición de las conductas delictivas y quizás en recaída clínica... por lo que...

**3ª Conclusión. Se debe establecer una estrecha colaboración entre los servicios médicos de las cárceles y los equipos de salud mental comunitaria, al menos antes de que el paciente-presos sea puesto en libertad, con objeto de preparar la recepción comunitaria y facilitar el acceso a los programas, en igualdad de condiciones que para el resto de pacientes mentales crónicos de su lugar de residencia.**

4.4 Se deben prestar una particular atención a las condiciones del medio carcelario, con el fin de disminuir los riesgos de vivir en una institución cerrada/total, y reforzar al máximo las posibilidades de realización personal aunque sea dentro de un medio tan restrictivo . Así, por ejemplo : es imprescindible atajar la superpoblación de la que hemos hablado ayer o, de acuerdo con el documento de consenso propuesto por la OMS, en su reunión de la Haya ( noviembre de 1998),

**4ª Conclusión, adoptar medidas de promoción de la salud mental , y tratamiento psiquiátrico adecuado, tales como:**

- Adoptar medidas terapéuticas dirigidas a promover la resistencia emocional del paciente
- Reforzar sus habilidades sociales
- Facilitar la comunicación emocional

Hoy sabemos que ciertos métodos de psicoterapia individual, así como otros de tipo grupal o familiar, son absolutamente necesarios para hacer posible la recuperación de la psicosis. El enfermo mental en la prisión debe tener acceso a estos tratamientos; no debería haber ninguna razón para que ésto no fuera sí.

4.5 . En el interior del medio carcelario, el paciente psicótico no está en una situación simétrica respecto a los demás; está en una situación de precariedad de recursos interpersonales, quedando a menudo expuesto al riesgo de ser objeto de abuso por parte de los demás , por lo que es necesario **que alguien se responsabilice de la tarea de “tutela” o de defensa de sus intereses en la vida cotidiana de la prisión. Hay que formar e incentivar a quienes puedan desempeñar esta importante misión ( 5ª Conclusión a)**

Otra dimensión del problema es que muy a menudo los pacientes mentales no acceden a los beneficios penitenciarios, como ya hemos dicho antes. Al respecto, **proponemos que se considere la posibilidad de obtener beneficios penitenciarios vinculados al desarrollo de los programas de rehabilitación psicosocial, incorporando los posibles beneficios al proceso terapéutico ( de acuerdo a la situación particular de cada paciente) ( 5ª conclusión b)**

**4.6. 6ª Conclusión: Consideramos muy necesario que se lleven a la práctica las citadas Recomendaciones R(98) del Comité de Ministros del Consejo de Europa; muy especialmente en lo que se refiere a los siguientes aspectos:**

- Independencia de los facultativos para tomar sus decisiones
- Prohibición de prácticas denigrantes( camisa de fuerza, por ejemplo)
- Puesta en práctica de de reglas estrictas en lo que se refiere a las medidas de inmovilización ( que deben quedar restringidas a aquellos casos de urgencia en los que, provisionalmente, no pueda hacerse otra cosa)

- En cuanto a los derechos del enfermo, facilitar una buena información previamente a que pueda aceptar el tratamiento, evitar el abuso de medicación, etc
- Prestar una adecuada atención a las necesidades clínicas: en la evaluación inicial, en los momentos de crisis, y más específicamente en la atención a los pacientes crónicos
- “ Los detenidos que sufran alteraciones mentales graves deberían ser ubicados y cuidados en un servicio hospitalario dotado de equipamiento adecuado y de personal cualificado. La decisión de admitir un detenido en un hospital público debería ser tomada por un médico psiquiatra, y con la autorización de las autoridades competentes” ( R 55)
- “ En los casos en que el aislamiento de los enfermos mentales no pueda ser evitado, éste debería ser reducido a una duración mínima y reemplazado lo antes posible por una vigilancia de enfermería permanente y personal”.( R56)
- “ Los riesgos de suicidio deberán ser valorados de forma permanente por el personal médico y penitenciario. Durante los periodos críticos, según los casos, se deberían adoptar medidas de contención física concebidas para evitar que los enfermos-detenidos se puedan hacer daño a sí mismos, vigilancia estrecha y permanente y apoyo relacional” ( R58)

Respecto a la organización de servicios.

En la situación europea actual, en la que la mayoría de los países disponen de una organización dividida entre la red sanitaria general y la penitenciaria – con algunas excepciones , como es el caso de Noruega; y de otra forma Francia, Italia, y parcialmente, España- con servicios funcionalmente diferenciados y más o menos alejados. ..

**7ª Conclusión : Consideramos indispensable ponerse a trabajar en común, los servicios de la red sanitaria general y los de la red penitenciaria – al menos en lo que respecta a la atención a pacientes que padecen trastornos mentales- a través de programas de coordinación y de cooperación con, al menos, los siguientes objetivos:**

1º) Reforzar la independencia de la actuación clínica y de la perspectiva de los profesionales de la salud allí cuando se de una confrontación con la perspectiva de las instituciones cuando tienden a priorizar la defensa de la seguridad.

2º) Preparar el seguimiento , tras la puesta en libertad, como ya hemos señalado antes

3º) Compartir los programas de formación continuada, y propiciar que se comparta una cultura pareja sobre la intervención profesional... es necesario avanzar sobre la combinación , el mestizaje de la cultura penitenciaria con la asistencial-rehabilitadora

4º) La colaboración se debe ampliar hacia otros trabajadores de las prisiones no profesionales de la salud. Es necesario proporcionarles formación continuada y ayuda psicológica también continuada para facilitar el afrontamiento del estrés y la relación con los prisioneros en las mejores condiciones posibles.

Finalmente, proponemos reconsiderar seriamente la propuesta expuesta por varios ponentes de que la salud penitenciaria sea un programa de la salud general que dependa sustancialmente del Ministerio de la Salud

Aún otra esperanza : el movimiento asociativo de pacientes, de ex-pacientes, de familiares, en varios países de Europa están interesándose por la situación y el porvenir de los pacientes mentales que están en prisión. Nosotros, los profesionales, al menos los de la Asociación Española de Neuropsiquiatría y los de Salud Mental Europa, nos sentimos implicados y comprometidos en común también en este proyecto.... “ Si la idea del desmantelamiento de los manicomios surgió de la consideración de su falta de eficacia terapéutica y de levantar el ocultamiento de verdaderos depósitos de miseria humana, nosotros debemos hacer ahora un esfuerzo para que los centros penitenciarios no se conviertan en los nuevos “depósitos de locos””<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Comentarios de un alto funcionario de la Dirección General de Asuntos Penitenciarios, según se cita en : “Informe especial: situación de los enfermos mentales en centros penitenciarios andaluces”. Defensor del Pueblo Andaluz – Sevilla DPA 1997 ( publicado en el BOPA nº 193.Comisión nº 220. Serie A9-12-1998). Disponible en internet: <http://defensor@defensor-and.es/i-mental.htm>

✓ **RECOMENDACIÓN NO. R (99) 22 CONCERNIENTE AL HACINAMIENTO DE LAS PRISIONES Y AL INCREMENTO DE LA POBLACIÓN PENITENCIARIA. Consejo de Europa, Comité de Ministros. Septiembre 1999.**

(Adoptado por el Comité de Ministros el 30 de Septiembre de 1999, en la reunión 681 de los Delegados de los Ministros)

El Comité de Ministros, en los términos contemplados en el artículo 15.b del estatuto del Consejo de Europa,

Considerando que el hacinamiento y el incremento de la población penitenciaria representan un gran reto para las administraciones penitenciarias y para el sistema judicial penal en general, tanto en términos de derechos humanos como de la eficiente gestión de las instituciones penales,

Considerando que la gestión eficiente de la población penitenciaria es contingente a cuestiones tales como la situación del crimen, prioridades en control del crimen, la variedad de las penas disponibles en los textos legales, la severidad de las sentencias impuestas, la frecuencia del uso de medidas y sanciones comunitarias, el uso de la detención preventiva, la efectividad y eficiencia de las agencias de justicia criminal y no menos las actitudes públicas hacia el delito y el castigo;

Afirmando que las medidas perseguidas al combatir el hacinamiento de las prisiones y al reducir el tamaño de la población penitenciaria necesitan ser insertadas en una coherente y racional política criminal dirigida hacia la prevención del crimen y el comportamiento criminal, al efectivo refuerzo de la ley, a la seguridad y protección pública, a la individualización de las sanciones y medidas y a la reintegración social de los delincuentes;

Considerando que estas medidas deberían conformar los principios básicos de los estados democráticos gobernados por la regla del derecho y sujetos al objetivo primordial de garantizar los derechos humanos, de conformidad con la Convención Europea de Derechos Humanos y la jurisprudencia de los órganos que la aplican;

Reconociendo además que estas medidas requieren el apoyo de los líderes políticos y administrativos, jueces, fiscales y el público en general, así como la provisión de información acerca de las funciones de las penas, de la relativa efectividad de las sanciones y medidas de custodia y no-custodia y de la realidad de las prisiones;

Teniendo en cuenta la importancia de la Convención Europea para la Prevención de la Tortura y tratos o castigos inhumanos o degradantes;

Reconociendo la importancia de la Recomendación No. R. (80) 11 concerniente a la Custodia preventiva, Recomendación No. R (87) 3 sobre las Reglas Europeas de Prisión, Recomendación No. R (87) 18 concerniente a la simplificación de la justicia criminal, Recomendación No. R (92) 16 sobre las Reglas Europeas sobre medidas y sanciones comunitarias y la Recomendación No. R (92)17 concerniente a la consistencia de la sentencia,

Recomienda a los estados Miembros que:

- adopten las medidas apropiadas, cuando revisando sus legislaciones y prácticas en relación al hacinamiento en la prisión y el crecimiento de la población penitenciaria para aplicar los principios citados en el Apéndice de esta Recomendación
- difundan lo máximo posible la Recomendación y el informe sobre el hacinamiento y el incremento de la población penitenciaria elaborado por el Comité Europeo sobre problemas de Delincuencia.

## **Apéndice a la Recomendación No R (99)22**

### **I. Principios básicos**

1. La privación de libertad debería ser adoptada como una sanción o medida última y debería, por tanto, preverse sólo para cuando la gravedad del delito hiciera que cualquier otra medida o sanción fuese claramente inadecuada.
2. La ampliación de las prisiones debería ser más bien una medida excepcional, ya que es generalmente inadecuada para ofrecer una solución duradera al problema del hacinamiento. Los países cuya capacidad penitenciaria puede ser suficiente en términos generales, pero poco adaptada a las necesidades locales deberían tratar de obtener una distribución más racional de la capacidad penitenciaria.
3. Debería estipularse una selección apropiada de medidas y sanciones comunitarias, posiblemente graduada en términos de relativa severidad; los fiscales y los jueces deberían estar dispuestos a usarlos tan ampliamente como fuese posible.
4. Los estados miembros deberían considerar la posibilidad de destipificar ciertos delitos o reclasificarlos de tal manera que no supusieran penas privativas de libertad.
5. En aras a crear una estrategia coherente contra el hacinamiento y el incremento de la población penitenciaria, debería realizarse un análisis detallado de los principales factores contribuyentes, tratando, en particular, cuestiones como los tipos de delitos que suponen largas condenas de prisión, las prioridades en materia de control de la delincuencia, las actitudes y preocupaciones públicas y las existentes prácticas sentenciadoras.

### **II. Haciendo frente a la escasez de plazas penitenciarias**

6. Con el objetivo de evitar niveles excesivos de hacinamiento debería establecerse una capacidad máxima para las instituciones penales.

7. Donde ocurran situaciones de hacinamiento, debería hacerse especial hincapié en los preceptos de dignidad humana, el compromiso de las administraciones penitenciarias de aplicar un trato humano y positivo, el total reconocimiento de los roles del personal y en propuestas de una moderna y efectiva gestión. De conformidad con Las Reglas Europeas de Prisiones, debería prestarse una atención particular a la cantidad de espacio disponible para los presos, a la sanidad y a la higiene, a la provisión de alimentación suficiente y adecuadamente preparada y presentada, al cuidado de la salud de los presos y a la oportunidad de ejercer en el exterior.
8. En aras a contrarrestar algunas de las negativas consecuencias del hacinamiento en las prisiones, deberían facilitarse contactos entre los presos y sus familias en la medida de lo posible, y debería hacerse el máximo uso del apoyo de la comunidad.
9. Deberían usarse lo máximo posible modalidades específicas para el reforzamiento de sentencias de custodia, tales como semi-libertad, regímenes abiertos, salidas de prisión o plazas fuera de los muros, con el objetivo de contribuir al tratamiento y reestablecimiento de los presos, de mantener los lazos con sus familiares y con otros miembros de la comunidad y de reducir la tensión en las instituciones penales.

### **III. Medidas relacionadas con la fase preventiva**

#### **Evitando procedimientos penales- Reduciendo el recurso de la detención preventiva**

10. Deberían adoptarse medidas apropiadas para cumplimentar con los principios establecidos en la Recomendación No. R (87) 18, concerniente a la simplificación de la justicia penal; esto supondría en particular que los estados miembros, tomando en cuenta sus propios principios constitucionales o su tradición legal, recurrieran al principio de proceso discrecional (o medidas que persigan el mismo propósito) e hiciesen uso de procedimientos simplificados y de resoluciones extrajudiciales como alternativas al proceso penal en los casos pertinentes, con el fin de evitar procedimientos totalmente penales.
11. La aplicación de la detención preventiva y su duración deberían ser reducidas al mínimo compatible con los intereses de la justicia. A este efecto, los estados miembros deberían asegurar que su ley y su práctica se encuentran de conformidad con las disposiciones relevantes de la Convención Europea de Derechos Humanos y de la jurisprudencia de sus órganos de control, y deben estar guiadas por los principios expuestos en la Recomendación No. R (80) 11, concerniente a la custodia preventiva, en particular, porque recuerda las bases en las que se puede ordenar una detención preventiva.
12. Se debería hacer el más amplio uso posible de las alternativas a la detención preventiva, como el requerimiento de que el acusado viva en una dirección específica, la restricción acerca de poder abandonar o entrar en un lugar determinado sin autorización, la disposición de una

fianza o la supervisión y asistencia de una agencia especificada por la autoridad judicial. Se debería prestar especial atención a las posibilidades de supervisar el requerimiento de mantenerse en un lugar específico mediante aparatos electrónicos de vigilancia.

13. Con el objetivo de contribuir a un uso eficiente y humano de la detención preventiva, deberían estar disponibles adecuados recursos humanos y financieros y deberían desarrollarse, en la medida de lo necesario, medios procedimentales y técnicas de gestión apropiadas.

#### **IV. Medidas relacionadas con la fase del juicio**

##### **El sistema resanciones/ medidas- La duración de la condena**

14. Deberían realizarse esfuerzos para reducir el recurso a sentencias que implican penas largas de prisión las cuales suponen una pesada carga al sistema penitenciario y sustituir las sentencias cortas de prisión por sanciones y medidas comunitarias.

15. A la hora de disponer las medidas y sanciones comunitarias que podrían ser usadas en vez de la privación de libertad, se debería dar consideración a las siguientes:

- la suspensión de la aplicación de una condena de prisión bajo condiciones impuestas,
- la libertad condicional, como una sanción independiente impuesta sin el pronunciamiento de una sentencia de prisión,
- supervisión de gran intensidad,
- servicios comunitarios (esto es, trabajo impagado en beneficio de la comunidad),
- orden de tratamiento/ contrato de tratamiento para categorías específicas de delincuentes,
- mediación víctima-delincuente/compensación a la víctima,
- restricciones a la libertad de movimiento por medios como, por ejemplo, toques de queda o seguimiento electrónico.

16. Las medidas y sanciones comunitarias sólo deberían ser impuestas de conformidad con las garantías y condiciones establecidas en las Reglas Europeas sobre sanciones y medidas comunitarias.

17. Deberían introducirse combinaciones de medidas y sanciones privativas y no privativas de libertad en la legislación y en la práctica, como penas de prisión no suspendidas, seguidas de servicios comunitarios, supervisión (intensiva) en la comunidad, arresto domiciliario controlado electrónicamente o, en casos apropiados, por una obligación de someterse a tratamiento.

## **Las sentencias y el rol de los fiscales y los jueces**

18. Durante la aplicación del derecho, los fiscales y los jueces deberían intentar tener en cuenta los recursos disponibles, en particular en términos de la capacidad de las prisiones. Unido a esto, se debería prestar una continuada atención a evaluar el impacto que las existentes estructuras y las políticas de penas planificadas tienen en la población penitenciaria.
19. Los jueces y fiscales deberían ser implicados en el proceso de crear políticas penales en relación al hacinamiento y al crecimiento de la población penitenciaria, con el objetivo de obtener su apoyo y evitar prácticas condenatorias contraproducentes.
20. El legislador u otras autoridades competentes deberían establecer las bases sentenciadoras, con el objetivo de, entre otras cosas, reducir el uso del encarcelamiento, extender el uso de sanciones y medidas comunitarias y usar medidas como la mediación o la compensación de la víctima.
21. Se le debería prestar una atención particular al rol que juegan los factores agravantes y atenuantes así como las convicciones previas en la determinación de la cuantía apropiada de la pena.

## **V. Medidas relacionadas con el post-juicio**

### **La ejecución de las sanciones y medidas comunitarias- El reforzamiento de penas privativas de libertad**

22. Con el fin de hacer que las medidas y sanciones comunitarias sean alternativas creíbles a las penas de prisión cortas, su efectiva aplicación debería ser asegurada, en particular mediante:
  - la provisión de una infraestructura para la ejecución y el control de dichas sanciones comunitarias, en especial para dar a los jueces y fiscales la confianza en su efectividad; y
  - el desarrollo y uso de técnicas fidedignas de predicción y evaluación del riesgo así como la supervisión de estrategias, con el fin de identificar el riesgo de reincidencia del delincuente y asegurar la protección y seguridad pública.
23. Debería promoverse el desarrollo de medidas que reduzcan la actual duración de las penas, dando preferencia a medidas individuales como la libertad condicional, sobre las medidas de carácter colectivo de gestión del hacinamiento (amnistías, indultos colectivos).
24. La libertad condicional debería ser entendida como una de las más efectivas y constructivas medidas, que no sólo reduce la duración de la condena de prisión, sino que también contribuye sustancialmente al retorno planificado del delincuente a la comunidad.

25. Con el objetivo de promover y expandir el uso de la libertad condicional, se deben crear en la comunidad las mejores condiciones de apoyo, asistencia y supervisión del delincuente, en particular, con el fin de promover que las competentes autoridades judiciales y administrativas consideren esta medida como valiosa y responsable.
26. Se deberían crear e implementar programas efectivos de tratamiento durante la condena y de supervisión y tratamiento tras la obtención de la libertad para facilitar la reintegración del delincuente, para reducir la reincidencia, para proveer la seguridad y protección pública y para dar a los jueces y fiscales la confianza de que las medidas para reducir la actual duración de la condena y que las medidas y sanciones comunitarias son opciones constructivas y responsables.

✓ **RECOMENDACIÓN REC (2000) 22 DEL COMITÉ DE MINISTROS A LOS ESTADOS MIEMBROS PARA MEJORAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS REGLAS EUROPEAS SOBRE SANCIONES Y MEDIDAS COMUNITARIAS. Consejo de Europa, Comité de Ministros. Noviembre 2000.**

*(Adoptado por el Comité de Ministros el 29 de noviembre de 2000, en la reunión 731 de los Delegados de los Ministros)*

El Comité de Ministros, en virtud del artículo 15.b del Estatuto del Consejo de Europa,

Considerando la importancia de crear, imponer y ejecutar las sanciones y medidas comunitarias basadas en los principios contenidos en la Recomendación No. R (92) 16 de Reglas Europeas sobre sanciones y medidas comunitarias;

Habiendo tomado nota de los resultados de la investigación del Comité Europeo para los Problemas Criminales en lo que respecta a la implementación de las Reglas Europeas y, en particular, de las dificultades encontradas por los Estados Miembros;

Reconociendo la necesidad de modificar la Regla 5 de las Reglas Europeas en vista de los resultados de la investigación y de la práctica desarrollada en torno a la supervisión del delincuente;

Siendo conscientes de que con el transcurso del tiempo emergen nuevas posibilidades para un uso más extenso y efectivo de las sanciones y medidas comunitarias;

Reconociendo además que los importantes desarrollos y prácticas cambiantes en el área de las sanciones y medidas comunitarias y las problemáticas identificadas por los estados miembros exigen explicaciones e interpretaciones adicionales de las disposiciones contenidas en las Reglas Europeas;

Considerando que el recurso a, y la implementación de, las sanciones y medidas comunitarias deberían estar siempre guiados por el respeto a las garantías legales fundamentales tal y como se consagran en la Convención Europea de Derechos Humanos, y por los principios recogidos en las Reglas Europeas;

Reconociendo la relevancia para esta Recomendación de las Recomendaciones No. R (92) 17 concerniente a la consistencia de la sentencia, No R. (97) 12 sobre el personal encargado de la aplicación de las medidas y sanciones comunitarias, No. R (99) 19 sobre la mediación en materia penal y la No. R (99) 22 concerniente al hacinamiento y a la inflación de la población penitenciaria;

Recomienda a los gobiernos de los estados miembros que:

- tanto en su legislación como en su práctica se guíen por el texto revisado de la Regla 5 de la Recomendación No. R (92) 16 de Reglas Europeas sobre sanciones y medidas comunitarias, contenido en el Apéndice 1 de esta Recomendación, relativa a la duración de las sanciones y medidas comunitarias;
- cuando revisen su legislación, política y práctica en relación a la creación, imposición e implementación de medidas y sanciones comunitarias se inspiren en los principios expuestos en el Apéndice II de esta Recomendación, para obtener un uso más efectivo de las sanciones y medidas comunitarias;
- aseguren la mayor difusión posible de esta Recomendación y del informe sobre la obtención de un uso más efectivo de las sanciones y medidas comunitarias elaborado por el Comité Europeo para los Problemas Criminales, prestando especial atención a las interpretaciones y explicaciones adicionales de algunas de las disposiciones de las Reglas Europeas, tal y como se exponen en los párrafos 129-168 del arriba mencionado informe.

#### **Apéndice 1 a la Recomendación Rec (2000) 22**

##### *Enmienda a la Regla 5 de Reglas Europeas sobre sanciones y medidas comunitarias*

Generalmente ninguna sanción o medida comunitaria debe ser de duración indeterminada.

Excepcionalmente, podrá ser impuesta una sanción o medida comunitaria de duración indeterminada a los delincuentes que, por un previo o actual delito grave en combinación con una característica específica personal, puedan suponer manifiestamente un grave riesgo para la vida, la salud o la seguridad de la comunidad. Se debe elaborar una disposición legal para garantizar la revisión regular de este tipo de sanción o medida de duración indeterminada por parte de un cuerpo independiente del poder ejecutivo que esté autorizado por ley para ello.

La duración de las medidas y sanciones comunitarias debe ser establecida por la autoridad competente para adoptar la decisión, respetando los límites recogidos por la ley.

#### **Apéndice 2 a la Recomendación Rec (2000) 22**

##### *Los principios rectores para obtener un uso más efectivo y amplio de las sanciones y medidas comunitarias*

###### *Legislación*

1. Se debería hacer una provisión de sanciones y medidas comunitarias suficiente en número y en variedad; éstos son algunos ejemplos:

- alternativas a la detención preventiva como el requerimiento al sospechoso del delito de residir en una dirección específica, de ser supervisado y asistido por una agencia especificada por la autoridad judicial;
- libertad condicional como una sanción independiente impuesta sin el pronunciamiento de una condena de prisión;
- suspensión de la ejecución de la condena de prisión bajo condiciones impuestas;
- servicios comunitarios (ej. Trabajo no retribuido en servicio de la comunidad);
- compensación/ reparación a la víctima/ mediación delincuente- víctima;
- órdenes de tratamiento para delincuentes adictos a las drogas o al alcohol y para aquellos que padecen un trastorno mental relacionado con su actuación criminal;
- intensa supervisión para categorías de delincuentes apropiadas;
- restricción de la libertad de movimiento mediante, por ejemplo, órdenes de toque de queda o vigilancia electrónica, impuestas en observancia con las reglas 23 y 55 de las Reglas Europeas;
- libertad condicional seguida de supervisión post- penitenciaria.

2. Con el fin de promover el uso de sanciones y medidas no privativas de libertad, en particular donde se elaboren nuevas leyes, el legislador debería considerar indicar sanciones o medidas no privativas de libertad en vez de penas de prisión como sanciones referenciales para ciertos delitos.

3. Se debería considerar la revisión y la reducción de disposiciones formales que previenen el uso de sanciones y medidas comunitarias en casos de delincuentes serios y reincidentes.

4. Se deberían realizar disposiciones para introducir medidas y sanciones comunitarias a modo de prueba.

5. Cualquier experiencia emprendida debería ser realizada adoptando el espíritu de las Reglas Europeas y vigilada y evaluada detenidamente. La experimentación debería realizarse de acuerdo con los estándares éticos de la comunidad internacional.

#### *Práctica sentenciadora*

6. Se deberían establecer bases para sentenciar, cuando así lo permitieran los principios constitucionales y las tradiciones legales, y ser revisadas cada cierto tiempo por el legislador u otras autoridades competentes, con el fin de, entre otras cosas, reducir el uso de la prisión, expandir el uso de las medidas y sanciones comunitarias y asegurar la compensación de las víctimas.

7. Las autoridades judiciales deberían estar implicadas en el proceso de crear y revisar las políticas sobre el uso de sanciones y medidas comunitarias, y deberían ser informadas sobre sus resultados con el objetivo de asegurar el entendimiento generalizado de la comunidad judicial sobre su naturaleza.

8. Se le debería prestar particular atención a la determinación de las circunstancias atenuantes que puedan permitir a las autoridades judiciales evitar el uso de las penas privativas de libertad e imponer, en su lugar, una medida o sanción comunitaria.

*Requerimientos básicos para la implementación efectiva de las sanciones y medidas comunitarias*

9. Se deberían ofrecer servicios adecuados para la implementación de las sanciones y medidas comunitarias, habiéndose dotado para ello suficientes recursos y siendo desarrollados en función de las necesidades, para asegurar la confianza de las autoridades judiciales en la utilidad de las sanciones y medidas comunitarias, para garantizar la protección pública y para hacer efectiva la mejora de la situación social y personal de los delincuentes.

10. Para que se logren los propósitos de las sanciones y medidas comunitarias, los servicios de ejecución deberían tener personal de alta cualificación profesional, seleccionado, formado y empleado de acuerdo con los principios establecidos en la Recomendación No. R (97) 12 sobre el personal encargado de la aplicación de las sanciones y medidas.

11. El trabajo de los servicios de ejecución debería estar basado en una declaración política explícita que describiera su función, objetivos y valores básicos. Esta declaración debería incluir cuestiones como las obligaciones y derechos de los delincuentes, los intereses legítimos de las víctimas, la responsabilidad organizacional de los servicios encargados de la seguridad de la comunidad y la colaboración con el personal penitenciario, agencias y organizaciones relevantes y miembros individuales de la comunidad.

12. La declaración política debería ser suplementada por planes de servicios y prácticas creadas con el objetivo de incrementar la conciencia de las organizaciones y personas individuales implicadas en la ejecución de las sanciones y medidas comunitarias en lo concerniente a la importancia de trabajar hacia objetivos comunes y de compartir un entendimiento común sobre los métodos de trabajo.

13. Se debería volver a considerar la elaboración de disposiciones legislativas para la revisión regular e independiente del trabajo de las autoridades responsables de la ejecución por parte de personas experimentadas, tal y como se requiere en las Reglas Europeas.

*Mejora de la credibilidad de las sanciones y medidas comunitarias (con autoridades judiciales, agencias complementarias, público en general y responsables políticos)*

14. Se debería asegurar la mayor difusión posible de la Recomendación No. R (92) 16 de Reglas Europeas sobre sanciones y medidas comunitarias, en su respectivo idioma nacional.

15. Los líderes políticos y administrativos y el público general deberían recibir información periódica sobre los beneficios sociales y económicos dimanantes de la reducción del uso de la prisión y del incremento del recurso a sanciones y medidas comunitarias. Debería haber una política de relaciones declarada con los medios de comunicación locales. La información debería insistir que las sanciones y medidas comunitarias pueden implicar la efectiva supervisión y control de los delincuentes.

16. Las autoridades judiciales y el personal de los servicios de ejecución deberían crear canales de comunicación que facilitarían la discusión regular de los aspectos prácticos acerca de recomendar e implementar sanciones y medidas comunitarias.

17. Como la reintegración en la comunidad es un objetivo importante de las sanciones y medidas comunitarias, los servicios de ejecución deberían cooperar activamente con comunidades locales, por ejemplo, mediante la implicación de personas de la comunidad en la supervisión o mediante la colaboración en los diseños de prevención del crimen local.

18. La introducción de nuevas sanciones y medidas comunitarias en la legislación y en la práctica debería estar acompañado de dinámicas campañas de relaciones públicas con el objetivo de obtener apoyo público.

#### *Establecer programas e intervenciones efectivas*

19. Se deberían establecer criterios de efectividad de tal manera que se hiciera posible obtener desde varias perspectivas de costes y beneficios asociados a programas e intervenciones el objetivo de maximizar la calidad de sus resultados. Se deberían establecer, asimismo, estándares e indicadores de resultados para la ejecución de estos programas e intervenciones.

20. Los programas e intervenciones deberían estar estructurados de acuerdo con el conocimiento derivado de la investigación relevante y ejecutado por personal formado.

21. Los programas e intervenciones para la reintegración del delincuente deberían estar basados en una variedad de métodos. A la hora diseñar programas e intervenciones, en el contexto de las sanciones y medidas comunitarias, se debería prestar especial atención al posible impacto en los delincuentes, en particular en lo concerniente a:

- capacidades básicas (por ejemplo, alfabetización y nociones elementales de cálculo aritmético, resolución de problemas generales, resolución de las relaciones personales y familiares, actitud pro-social);
- situación educacional o laboral;
- posible adicción a las drogas, alcohol, medicación y
- adaptación orientada hacia la comunidad.

22. La afectación de los delincuentes a programas e intervenciones específicos debería estar guiado por criterios explícitos, tales como su capacidad de responder a la intervención, su presunta peligrosidad para el público y/o el

personal responsable del programa o intervención, y los factores personales o sociales que están unidos a su probabilidad de reincidir. Para este fin, se deberían desarrollar y emplear mecanismos para realizar evaluaciones fiables que autoricen dicha ubicación. La información de estos procedimientos debería estar a disposición de las personas/autoridades interesadas.

23. Se debería prestar especial atención al desarrollo de programas e intervenciones para los delincuentes reincidentes en delitos graves o para aquellos que tienen probabilidad de reincidir. De acuerdo con los resultados de investigaciones recientes, estos programas e intervenciones deberían hacer uso, en particular, de métodos cognitivos de actuación, por ejemplo, enseñando a los delincuentes a pensar sobre las implicaciones de su actuación criminal, incrementando su conciencia y autocontrol, reconociendo y evitando las situaciones que preceden a los actos delictivos, y ofreciéndoles oportunidades para practicar una actitud positiva hacia la sociedad.

#### Investigación sobre sanciones y medidas comunitarias

24. Se debería hacer una inversión adecuada en materia de investigación para controlar la ejecución y evaluar los resultados de los programas e intervenciones usados en la ejecución de las sanciones y medidas comunitarias.

25. La investigación debería buscar la identificación tanto de los factores que hacen que los delincuentes desistan de cometer más delitos como de los factores que hacen que fallen en este objetivo.

26. La investigación acerca de los efectos de las sanciones y medidas comunitarias no debería estar limitado a la simple recopilación de las condenas tras la supervisión sino que debería hacer uso de criterios más pertinentes. Esta investigación debería examinar, por ejemplo, la frecuencia y la seriedad de la reincidencia junto con indicadores personales y sociales de adaptación de la comunidad, y la visión de los delincuentes sobre la ejecución de las sanciones y medidas comunitarias.

27. En la medida de lo posible la investigación debería permitir la comparación de la efectividad de los diferentes programas.

28. Se deberían desarrollar estadísticas que describieran regularmente la extensión del uso y los resultados de las sanciones y medidas comunitarias.

29. En aras a obtener altos niveles de eficiencia, de moral y de salud mental del personal, se deberían recoger evaluaciones cualitativas y cuantitativas del volumen del trabajo del personal en conexión con los diferentes aspectos recogidos en la ejecución de las sanciones y medidas comunitarias.