

Personas reclusas con trastorno mental grave: el éxodo tras la reforma psiquiátrica en España

Prisoners with several mental disorder: the exodus after psychiatric reform in Spain

MARÍA REVELLES CARRASCO

Profesora de Derecho Penal de la Universidad de Cádiz (España) [maria.revelles@uca.es]

Resumen:

Las personas con trastorno mental grave que ingresan en el engranaje del aparato punitivo y concretamente que ingresan en prisión, sufren un doble estigma, por la enfermedad que padecen y por la reclusión. La reforma psiquiátrica que se produce en España en los años ochenta del siglo XX, es un proyecto loable en su teoría, que venía a sustituir a un sistema obsoleto y asilar anclado en el siglo XIX, pero se desarrolló sin medios alternativos. Las personas enfermas, cuando cerraron los manicomios, se vieron abocadas al desamparo, a la exclusión y a la marginalidad. Los hospitales generales no podían mantenerlas más de un corto periodo de tiempo, circunstancia unida a la falta de recursos familiares, económicos, laborales y sociales. Todo ello, les provocó un éxodo inexorable a la criminalidad. En la actualidad, la situación de las personas con trastorno mental grave en prisión constituye uno de las más importantes asignaturas pendientes del sistema penitenciario, por lo que se requiere una actuación reforzada por parte de Instituciones Penitenciarias en general, y de cada centro penitenciario en particular, para garantizar los derechos de estas personas doblemente vulneradas y vulnerables; y de proporcionarles la intervención y la asistencia que su enfermedad requiere.

Palabras clave:

Prisión; trastorno mental grave; reforma psiquiátrica; inimputabilidad; programas de intervención.

Abstract:

People with severe mental disorder who enter the machinery of the punitive apparatus and specifically entering prison, suffer a double stigma, for the disease they suffer and for imprisonment. The psychiatric reform that occurs in Spain in the eighties of the twentieth century, is a laudable project in his theory, which came to replace an obsolete and asilar system anchored in the nineteenth century, but developed without alternative means. The sick people, when they closed the asylums, were doomed to helplessness, exclusion and marginality. General hospitals could not maintain them for more than a short period of time, a circumstance linked to the lack of family, economic, labor and social resources. All this, caused an inexorable exodus to crime. Currently, the situation of people with severe mental disorder in prison is one of the most important pending issues of the prison system, which requires a reinforced action by Penitentiary Institutions in general, and each prison in particular, to guarantee the rights of these doubly vulnerable and vulnerable people; and to provide them with the intervention and assistance that their disease requires.

Keywords:

Prison; several mental disorder; psychiatric reform; unimputability; intervention programs.

Nº 9 (Julio-Diciembre 2019), pp. 111-134

www.revistadepresiones.com

Recibido: 30-04-2019

Aceptado: 12-07-2019

 REVISTA DE  HISTORIA DE LAS  PRISIONES

ISSN: 2451-6473

1. INTRODUCCIÓN

La teoría del estigma¹ emerge como una teoría de discriminación, como una ideología para explicar la inferioridad de ciertos sujetos o clase de sujetos, racionalizando y naturalizando auténticas falacias. El estigma se constituye como una esencia profundamente desacreditadora, situándose entre estereotipo y atributo real (Goffman, 1998, p. 13). Los estigmas pueden hacer referencia a diferencias físicas, psíquicas o ideológicas. Frente a las personas estigmatizadas se hallan las personas normales, definiéndose como aquellas que no se apartan negativamente de las expectativas sociales, que no se desvían ni realizan conductas desviadas. El juicio de (des)valor que produce la clasificación de ciertas conductas como desviadas, implica sobre todo “un juicio moral, una oposición al código moral y convenciones dominantes” (Coy y Martínez, 1988, p. 14, citando a Becker, 1971). Definiéndose la desviación como la transgresión de las reglas y normas vigentes (sean jurídicas o no) de una sociedad. Y se consideran desviados, quienes realizan dicha transgresión. A su vez Dinitz y cols. (1969, citado por Coy y Martínez, 1988, p. 15) distingue entre cinco tipos de desviados: 1) los contrarios al canon físico o intelectual; 2) los que quebrantan las normas religiosas o ideológicas; 3) los que infringen las normas jurídicas; 4) los enfermos mentales; y 5) los que rechazan los valores culturales.

Así pues, las personas enfermas mentales, aquejadas de un Trastorno Mental Grave (en adelante TMG), son consideradas personas estigmatizadas, desviadas y como consecuencia de ello, además por la (no) concurrencia de factores sociales, familiares y laborales -ya que en la mayor parte de los casos, carecen de recursos económicos; no tienen arraigo familiar, ya sea por desestructuración o porque las familias no pueden hacerse cargo de estas personas; y adolecen de formación cultural y profesional- penetran en un círculo de exclusión y marginación; que les conduce casi irremediamente a la criminalización y reclusión, al no contar con centros residenciales terapéuticos, donde poder ser atendidos de su enfermedad, tras la reforma psiquiátrica producida en España. Leganés (2010, p. 3) se refiere a los centros penitenciarios como “gigantescos psiquiátricos”. Pero, no solo son estigmatizados, sino que como manifiesta Zabala (2016, p. 33) se produce el auto estigma, esto es, “la asunción e internalización de los estereotipos y prejuicios sociales, por parte de la persona que sufre el trastorno”, que actúa con un factor de pervivencia y mantenimiento del estigma.

En el caso de las personas con TMG, su situación en el medio penitenciario se acoge a una doble discriminación: ser enferma mental y ser reclusa. Por ello, se requiere una actuación reforzada por parte de Instituciones Penitenciarias en general, y de cada centro penitenciario en particular, para garantizar los derechos de estas personas doblemente vulneradas y vulnerables; y de proporcionarles la intervención y la asistencia que su enfermedad requiere. Así mismo, cabría un tercer factor de discriminación, y es que la persona interna en un centro penitenciario con un TMG fuera extranjera. La

1. “Palabra de origen griego que hacía referencia a signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en el estatus moral de quien los presentaba” (Goffman, 1998, p. 12).

exclusión se halla irreparablemente unida a la criminalización, en este sentido Reviriego Picón (2008, p. 283) afirma “la vinculación entre la exclusión social y el círculo delictivo”.

2. LA REFORMA PSIQUIÁTRICA

Los sistemas de asistencia de salud mental en España, son la consecuencia de una compleja reforma inacabada con profundos vacíos. El modelo de salud comunitario se fundamenta, en concebir los procesos de asistencia a la enfermedad mental enlazando lo terapéutico en el contexto del entorno individual, familiar y social del paciente. El proyecto, loable en su teoría, venía a sustituir a un sistema obsoleto y asilar anclado en el siglo XIX, pero se desarrolló sin los recursos necesarios.

El éxodo de personas con TMG a prisión, es un hecho. Se produce una nueva “institucionalización”, pero ahora en los centros penitenciarios, al haberse desmantelado los hospitales psiquiátricos y no existir otras alternativas de internamiento para estas personas (Defensor del Pueblo Andaluz, 1998, p. 42). Si bien es un hecho, que la etiología de todas las conductas delictivas de las personas con un trastorno mental grave no se halla en su situación de exclusión, sí que en gran número de ocasiones es un factor preponderante. En este sentido, el Defensor del Pueblo Andaluz (1998, p. 7) incide en que “la ausencia de alternativas eficaces tras la supresión de las antiguas estructuras manicomiales para los enfermos mentales crónicos ha arrastrado a más de un enfermo, en especial a los más desprotegidos socialmente, hacia los centros penitenciarios tras la comisión de delitos por hechos que, en muchos casos, los afectados ni siquiera alcanzan a comprender”. La desinstitucionalización, en Andalucía por ejemplo, devino en la reubicación forzosa “no se sabe donde” de 2.800 residentes en 1985, al cerrarse los ochos hospitales psiquiátricos existentes.

El mayor problema que ha conllevado la reforma psiquiátrica ha sido la falta de estructuras extra hospitalarias para los enfermos mentales. No ha habido dotación suficiente ni coordinación entre las administraciones sanitaria y social, de cara a abordar los episodios agudos o la cronicidad de los pacientes de salud mental, cuyas familias no tienen medios, no pueden, o simplemente no hay familia. Los hospitales generales no los mantienen más de un corto periodo de tiempo y tampoco disponen de camas suficientes, por lo que quedan abocados al desamparo total, a la exclusión y finalmente a la criminalización. Una vez en el engranaje jurídico-penal ya la salida es difícil de retomar, de hecho la reincidencia es muy alta, hablándose del fenómeno de la “puerta giratoria”. Y es que la falta de centros residenciales terapéuticos condiciona la entrada y la permanencia de las personas con TMG en los centros penitenciarios.

Esa situación empeoró a raíz de la recesión económica que ha azotado el escenario nacional e internacional. Los recortes en todos los ámbitos públicos han sido sangrantes, pero en el ámbito sanitario mucho más. El informe “Impact of economic crises on mental health” (Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), 2011) indica las líneas estratégicas de acción que en los países deben

desplegare para paliar los efectos de la crisis económica y su incidencia sobre los programas y servicios de salud mental.

La génesis de la reforma psiquiátrica comenzó mediante la Orden Ministerial de 27 de julio de 1983 que crea la Comisión Ministerial para la reforma psiquiátrica. Esta comisión en abril de 1985 publica el informe “Documento General y Recomendaciones para la Reforma Psiquiátrica y la Atención a la Salud Mental”, en el que se proponía un nuevo modelo de atención a la salud mental orientado hacia la comunidad. Este informe quedará plasmado en la Ley General de Sanidad, aprobada el 25 de abril de 1986. La puesta en práctica de este nuevo modelo comunitario “abolió el anterior modelo de exclusión manicomial, cerrándose los hospitales psiquiátricos e implantando un conjunto de dispositivos multidisciplinarios” (Defensor del Pueblo, 2013, p. 30). La implementación de la reforma se ha llevado a cabo a un ritmo desigual en las distintas Comunidades Autónomas, aunque todas coinciden en que el eje central del nuevo sistema es el Centro de Salud Mental, que sería la red a través de la que se articulan todas las prestaciones y servicios.

Salvador-Carulla, Bulbena et al. (2002, pp. 304-305), afirman que la reforma psiquiátrica “no implicó en realidad la sustitución de unos servicios por otros, sino la creación de unos servicios comunitarios imprescindibles donde antes no los había”. Como críticas al proceso, señalan, que “ha carecido de una secuencia lógica de planificación temporal”, cerrándose los hospitales psiquiátricos antes de implantar medidas alternativas; y que “se ha acompañado del trasvase de la responsabilidad de una parte sustancial de la atención desde el sector sanitario público a otros sectores sin una dotación adecuada de recursos”.

3. DE LA EXCLUSIÓN A LA CRIMINALIZACIÓN

3.1. MARCO NORMATIVO DE LA SALUD MENTAL

El derecho a la salud queda recogido en los artículos 43 y 49 de la Constitución Española (en adelante CE), que garantizan el derecho a la salud y a la promoción y plena integración de las personas que sufren algún grado de discapacidad. Los principios de actuación de la administración sanitaria se recogen en el artículo 20 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad: “1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización.; 2. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales; 3. Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas del enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales; y 4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, así mismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de pre-

vinción primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general”. Todos estos principios son extrapolables a los pacientes mentales internos en prisión.

La normativa penal de referencia, se halla en la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (en adelante CP), que en su artículo 20.1 prescribe la exención de responsabilidad criminal cuando el sujeto “al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no puede comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión”. Correlato a este precepto citado es el artículo 101.1 del texto punitivo, que impone la aplicación de medidas de seguridad en estos supuestos. Así mismo, el artículo 60 del CP se refiere a la aplicación de este tipo de medidas, que sustituyen a la pena, cuando se da un trastorno mental sobrevenido. En el contexto, ya específicamente penitenciario, la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria (en adelante LOGP), garantiza en el artículo 36.1, la existencia de un médico general con conocimientos psiquiátricos como mínimo, en cada centro penitenciario; sin perjuicio, de que las personas internas puedan acudir en caso de necesidad a centros hospitalarios externos. Por su parte, el Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario (en adelante RP), prescribe en el artículo 207 el carácter integral de la asistencia sanitaria que deben recibir los internos; así como, en su artículo 189, la necesidad de desarrollar programas individualizados de rehabilitación para las personas pacientes internas, con el fin de incrementar las posibilidades de desinstitucionalización e integración en el medio social.

En el ámbito internacional, la Declaración Universal de Derechos Humanos, de 10 de diciembre de 1948, 217 A (III), en el artículo 25.1 establece: “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...”. Por su parte, la Recomendación 1235 de 1994, de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, referida a la psiquiatría y a los derechos humanos señala en su apartado IV letras a) y c) respectivamente: “se destinarán a cada institución penitenciaria un psiquiatra y personal especialmente formado”; y “en ciertas instituciones penales para detenidos con trastornos de personalidad deberían establecerse programas sicoterapéuticos”.

3.2. CONCEPTO Y TIPOLOGÍA DE LOS TMGs

La Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) (2001, p. 1) define la salud como “un estado físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”. Y define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2001a, p. 1). A contrario *sensu*, un trastorno mental consiste en la ausencia de bienestar de la persona, y sería un constructo más amplio que el de enfermedad mental, ya que sería aplicable a cualquier alteración psíquica que produce malestar en

la persona y le impide afrontar sus situaciones laborales, sociales, familiares, afectivas, etc. de forma funcional.

Los dos modelos de clasificación de las patologías mentales más utilizados son la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10²) de la OMS y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) de la American Psychiatric Association (en adelante APA). Este último, si bien no ofrece una definición de trastorno mental capaz de aglutinar a todas las categorías, considera que al menos, deben darse los siguientes elementos: “una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental... Asociada a un estrés significativo o a una discapacidad ya sea social, laboral, o de otras actividades importantes” (APA, 2013, p. 5). Por su parte, el CIE-10 señala “la presencia de un comportamiento de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren en la actividad del individuo” (Ministerio de Sanidad, 2018, p. 731).

Así pues, no existen unos criterios homogéneos para la conceptualización del TMG, pero la definición más acogida y consensuada es la dada por el Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU (NIHM) en 1987, y gira en torno a tres dimensiones: 1) diagnóstico: se incluyen los trastornos psicóticos, excluyendo los orgánicos, y algunos trastornos de la personalidad (según la CIE-10: F20 a F22, F24, F25, F28 a F31, F32.3, F33.3 (Ministerio de Sanidad, 2018, p. 765 y ss.); duración: la enfermedad y el tratamiento deben superar los dos años; y 3) presencia de discapacidad: disfunción moderada o severa del funcionamiento global³, desplegándose déficits en autonomía, auto cuidado, autocontrol, relaciones interpersonales, ocio y/o en funcionamiento cognitivo. Los principales trastornos mentales que prevalecen en las personas internas, son los trastornos afectivos (12,8%), trastornos de la personalidad (9,4%) y trastornos psicóticos (3,4%) (Defensor del Pueblo Andaluz, 2013, p. 51). Y entre los trastornos de personalidad el más común es el trastorno antisocial seguido del trastorno límite (Ministerio del Interior, 2007, p. 12). A continuación se recoge la sintomatología de los TMG, con el fin de poner de manifiesto la gravedad de la situación de los enfermos reclusos, que necesitan medios asistenciales y no inocularizadores.

2. La versión CIE-11 ya está disponible desde junio de 2018 en la página de la OMS, para que los profesionales se vayan familiarizando. Se presentó en la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2019 y entrará en vigor el 1 de enero de 2022.
3. La disfunción se mide a través del Global Assessment of Functioning (GAF) (APA, 1987).

Tabla 1. Sintomatología de la psicosis crónica

Psicosis crónica - F20. Incluye esquizofrenia, trastorno esquizotípico F21, trastornos delirantes persistentes F22, trastorno psicótico compartido F24, trastorno esquizoafectivo F25, trastorno delirante inducido F28 y otros trastornos psicóticos no orgánicos F29
Síntomas
* Dificultades para pensar o concentrarse
* Oír voces (alucinaciones)
* Creencias extrañas (tiene poderes sobrenaturales o que le persiguen)
* Problemas físicos extraordinarios
* Falta de higiene
* Dificultades en manejar la vida penitenciaria, el trabajo, la formación o las relaciones personales
* Autolesiones
* Rechazo de comida (sospecha que está envenenada)
* Problemas o preguntas relacionados con la medicación antipsicótica

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Guía de atención primaria en prisión (GSMP, 2011)

Tabla 2. Sintomatología del trastorno bipolar

Trastorno bipolar - F31. Incluye Episodio maníaco F30
Síntomas
Periodos de manía con:
* Aumento de la energía y la actividad:
Elevación del estado de ánimo, irritabilidad
Habla rápida
Desinhibición
Disminución de la necesidad de dormir
Aumento de la autoestima
* Disminución de la atención
* Periodos de depresión con:
Humor deprimido o tristeza
Pérdida de interés o placer
* Síntomas asociados:
Alteraciones de sueño
Dificultades de concentración
Sentimientos de culpa o baja autoestima
Alteraciones del apetito
Fatiga o pérdida de la energía
Actos o pensamientos suicidas

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Guía de atención primaria en prisión (GSMP, 2011)

Tabla 3. Sintomatología del trastorno depresivo

Trastorno depresivo mayor - F32. Incluye trastorno depresivo recurrente F33	
Síntomas	
* Estado emocional bajo o triste	
* Pérdida de interés y ánimo la mayor parte del día durante al menos dos semanas	
Y al menos cuatro de los siguientes síntomas:	
* Pérdida de sueño	* Agitación o lentitud de movimiento o habla
* Falta de apetito, negándose a comer	* Variaciones diurnas de estado emocional
* Aumento de la agresividad e irritabilidad	* Falta de concentración
* Culpa o falta de autoestima	* Pensamiento o actos suicidas
* Pesimismo con respecto al futuro	* Pérdida de confianza en uno mismo
* Fatiga o pérdida de energía	* Pérdida de libido

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Guía de atención primaria en prisión (GSMP, 2011)

Tabla 4. Sintomatología de los trastornos de personalidad

Trastornos de personalidad ²³ - F60-69		
Síntomas		
Trastorno antisocial o disocial	Trastorno de inestabilidad emocional (borderline)	Trastorno de personalidad paranoide
* Violación de los derechos de los demás	* Relaciones interpersonales inestables e intensas	* Desconfianza y sospecha
* Engaño	Muy reactivo, cambios repentinos del estado emocional	* Tenso, irritable o enfadado
* Agresividad o violencia	Sensación crónica de vacío y terror a quedarse solo	* Preocupación por la justicia
* Irresponsabilidad y falta de consideración por las normas	Impulsividad peligrosa	
Incapacidad para mantener relaciones durante un tiempo	Poca capacidad para resolver problemas	
* Baja tolerancia a la frustración		
* No aprende de la experiencia o castigo		
Superficialmente encantador y cooperativo		

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Guía de atención primaria en prisión (GSMP, 2011)

Cuando en la misma persona interna cohabita el TMG con otro trastorno, ya sea físico o mental, se habla de comorbilidad. En los centros penitenciarios la situación más frecuente de comorbilidad es la coexistencia de trastorno mental y trastorno por consumo de sustancias, lo cual se denomina patología dual (OMS, 2001). La patología dual asociada al consumo de drogas está presente en el 12,1 % de los internos (Dirección General de Instituciones Penitenciarias (en adelante DGIIPP), 2007, p. 12). En la literatura, Brugha et al. (2005, citado por el Grupo Preca, 2011, p. 4) ponen de manifiesto que uno de cada cuatro reclusos con TMG presentan síntomas atribuibles al consumo de droga. Según los datos ofrecidos por la DGIIPP (2007, p. 12), el abuso y/o dependencia a drogas supone un grave problema en la población penitenciaria, así un 44% presenta problemas de adicción. De hecho, existe una alta comorbilidad entre trastornos mentales y consumo de drogas, como pone de manifiesto el hecho de que la disminución de las tasas de adicción supone una disminución de las tasas de enfermedad mental.

3.3. TRATAMIENTO JURÍDICO PENAL DE LAS PERSONAS CON TMG

Las personas con TMG que ingresan en el aparato jurídico penal, y finalmente, tras el debido proceso, se considera que han cometido un hecho típico y antijurídico, tienen tres posibilidades: que la patología mental pase inadvertida, teniendo la condición de imputable, y por tanto será condenado como culpable; que la patología mental sea reconocida y se le declarará no culpable por estar *in curso* de una causa de inimputabilidad; o que dicha patología sea sobrevenida después de la sentencia de culpabilidad.

Así pues, a las personas con TMG declaradas inimputables en un proceso penal, esto es, en la sentencia se les reconoce la comisión de un hecho típico, antijurídico pero no se les considera culpables, la consecuencia jurídica acarreada es una medida de seguridad. Para la aplicación de una medida de seguridad es necesario que concurren los presupuestos establecidos previamente por la ley penal, que son: comisión previa de un hecho tipificado como delito (artículo 95.1.1º del CP); pronóstico de peligrosidad criminal (artículos 6.1 y 95.1.2º del CP); y situación de inimputabilidad o semiimputabilidad del autor del mismo. La exigencia de comisión previa de un delito supone la materialización del principio de legalidad y cumple dos funciones fundamentales: por un lado, destierra del ordenamiento penal las medidas de seguridad predelictuales, mientras que por otro, permite su uso sólo en los ataques graves y muy graves de bienes jurídicos. La peligrosidad criminal constituye el fundamento de las medidas de seguridad, y consistiría en un pronóstico de comportamiento futuro que revele la probabilidad de comisión de nuevos delitos. La situación de inimputabilidad alude, a que habiendo cometido un delito, el sujeto no sea capaz de comprender la realidad de sus hechos o comprendiéndola, no sea capaz de comportarse de acuerdo con dicha comprensión. Son inimputables los sujetos mencionados en los artículos 20.1 (trastorno mental), 20.2 (intoxicación) y 20.3 (anomalías en la percepción) del CP. La situación de semiimputabilidad se refiere a aquellos supuestos en los que concurre en el sujeto una eximente incompleta, de tal forma que no se excluye totalmente su imputabilidad, cumpliendo una medida de seguridad y una pena (sistema vicarial regulado en los artículos 99 y 104 del CP).

Las medidas de seguridad se clasifican en privativas de libertad (artículo 96.2 del CP): internamiento en un centro psiquiátrico penitenciario⁴, internamiento en centro de deshabitación, e internamiento en centro educativo especial; y en no privativas de libertad (artículo 96.3 del CP): inhabilitación profesional, expulsión del territorio nacional de extranjeros no residentes, libertad vigilada, custodia familiar, privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores, y privación del derecho a la tenencia y porte de armas. El artículo 6.2 del CP prohíbe que la medida de seguridad pueda resultar más gravosa que la pena señalada en abstracto para el delito cometido.

Existen casos, como se ha apuntado *supra*, en los que personas con TMG concluyen el proceso punitivo con una pena, son considerados culpables de la comisión de los hechos imputados. Ello se

4. En España hay dos centros psiquiátricos penitenciarios, en Sevilla y en Foncalent.

debe a circunstancias diversas siendo la más relevante, que la persona enferma carece de medios económicos y del conocimiento preciso de su situación jurídica; unido al hecho de que le falta el apoyo familiar, puesto que este tipo de patologías crónicas acaban por destruir las relaciones familiares, incluso siendo la propia familia el objeto de las agresiones y conductas infractoras de la persona enferma. Así pues, la entrada de las personas con TMG en el engranaje jurídico penal se hace con una total falta de consciencia, desamparo y una inercia kafkiana; quedando abocados al turno de oficio, cuyas letradas y letrados apenas toman contacto con ellas, ignorantes de su realidad, siendo lo más frecuente coincidir el día del juicio. No emerge la enfermedad mental en absoluto, siendo en esta fase la información, fundamental, por lo que debería ser lo más profunda y completa posible (Fundación Abogacía Española, 2013, p. 14).

Otra de las causas fundamentales, es la falta de preparación de los operadores jurídicos, por lo que sería necesario que existieran en los órganos judiciales, personal especializado en este tipo de patologías (Reviriego Picón, 2008, p. 287). En este sentido, el Consejo de la Unión Europea en su Resolución de 30 de noviembre de 2009, sobre un plan de trabajo para reforzar los derechos procesales de sospechosos o acusados en los procesos penales, establece en su Anexo en la Medida E: “es importante que se preste una atención particular a los sospechosos o acusados que no puedan comprender o seguir el contenido o el sentido del proceso, debido, por ejemplo, a su edad, o a su condición mental o física”. Solo el 1,8% del los internos tiene acreditada la condición de diversidad funcional, lo que confirma el hecho del alejamiento de las personas con TMG de los servicios asistenciales y su orfandad ante el proceso penal.

En otras ocasiones, la defensa jurídica si es consciente de la existencia del TMG de su patrocinado, pero prefiere no alegarla, puesto que el cumplimiento de una medida de seguridad es mucho más gravosa que el cumplimiento de una pena, ya que al interno en un psiquiátrico penitenciario se le priva de cualquiera de los beneficios instaurados en el régimen penitenciario. De hecho, resulta especialmente relevante no argüir la enfermedad mental en el caso de delitos leves o menos graves, por lo que se refiere a la posibilidad de aplicación de los mecanismos de suspensión de la ejecución de la pena privativa de libertad, o incluso el empleo de medidas alternativas no privativas de libertad, evitando internamientos indeseados.

4. LA RECLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON TMG

4.1. POBLACIÓN PENITENCIARIA CON TMG

En el año 2016 la población penitenciaria ascendió a 51.029 personas, de las cuales 47.173 (92,4%) son varones, de los que 12.338 son extranjeros, y 3.856 (7,6%) son mujeres, de las cuales 1.046 son extranjeras (SGIIPP, 2017, p. 17). En cuanto a la prevalencia de enfermedad mental en la población reclusa es del 40%, según el Grupo Preca (2011, p. 9), que no difiere de lo señalado por

la DGIIPP (2007), cuyo dato apuntaba al 45,9%. Con TMG se hallan aquejados el 4,2% de los internos (SGIIPP, 2017, p. 208). Una de cada cuatro personas ingresadas en los centros penitenciarios españoles presenta enfermedad mental grave. Se da una mayor prevalencia de personas con TMG en prisión que en la población en general (Zabala, 2016, p. 18).

La elevada presencia de personas con TMG cumpliendo una pena privativa de libertad en un centro penitenciario, ha pasado a convertirse en el principal problema de salud de las prisiones, “desbancando al consumo de heroína y la infección por VIH, que eran los principales problemas de salud en los años 80 y 90” (Zabala, 2016, p. 100). Las causas por las que el volumen de población penitenciaria con TMG es tan amplia, son heterogéneas, pero, como se manifestó *supra*, puede apuntarse entre otras: la carencia de apoyo familiar; el estigma de la enfermedad; la marginación y exclusión que sufren; la indefensión que padecen en general y en el proceso penal en particular; y la ausencia de medidas alternativas al ingreso en un hospital psiquiátrico cuando la cronicidad de su enfermedad les lleva a tal deterioro que se les hace imposible desenvolverse con autonomía. Como señala el Defensor del Pueblo Andaluz en su Informe “La situación de los enfermos mentales internados en centros penitenciarios andaluces” (1998, p. 6), “el incremento de la población de enfermos mentales en prisiones, y de la comisión de delitos menores, depende más de las condiciones de vida que muchos de estos enfermos soportan, que de la enfermedad en sí”.

El perfil de las personas con TMG cumpliendo una pena privativa de libertad en un centro penitenciario es el de varón, entre 25 a 40 años, nivel cultural bajo, sin poder adquisitivo, formación profesional mínima y sin apoyo familiar (Defensor del Pueblo, 1998, pp. 39-40). No hay ninguna mujer internada en las enfermerías de los centros penitenciarios con TMG. Este dato es coincidente también en los demás estudios existentes. Y es que, por una parte, la población penitenciaria femenina es mínima, constituye el 7,6% de la población reclusa total; y por otra parte, viene a confirmar que existe una brecha que acentúa una vez más las diferencias entre hombre y mujer, con perjuicio absoluto para la mujer, ya que al estar invisibilizada de la criminalidad, todo el aparato punitivo es consecuencia de una legislación androcéntrica. En este sentido, Almeda (2002, p. 215) manifiesta que la pena privativa de libertad para la mujer es más dura que la de los hombres, además de sufrir situaciones muy discriminatorias. Resulta paradójico, que no consten en los Informes mujeres con TMG pero sin embargo, se tiene la concepción de la mujer encarcelada como una persona “conflictiva, histérica y emocional”, a quien hace falta medicar para controlar su agresividad (Almeda, 2002, p. 229).

El internamiento de las personas con TMG en centros penitenciarios, como se ha insistido a lo largo del presente trabajo, se ha convertido en parte como medida asilar ante el cierre de los hospitales psiquiátricos y la falta de medidas alternativas que ha conllevado la reforma psiquiátrica. Es imposible llevar a cabo un tratamiento terapéutico y resocializador satisfactorio, que repercute en la situación del paciente internado en prisión, favoreciendo la reincidencia (Cerezo y Díaz, 2016, p. 19). No obstante, debido al abandono y exclusión que sufren estas personas, a veces la prisión es la primera oportunidad y vía que tienen algunos enfermos de ser tratados, debido a su falta de apoyo

familiar y alejamiento de los servicios asistenciales. De hecho, se les detecta la enfermedad por primera vez cumpliendo su condena. “El encarcelamiento es una oportunidad para detectar y tratar los trastornos mentales” (Grupo Preca, 2011, p. 11). Esta última afirmación, no crea una buena perspectiva sobre los centros penitenciarios sino que por el contrario recalca la grave exclusión de grupos vulnerables de la sociedad, a los que las instituciones públicas no les prestan la atención prescrita en un Estado social.

4.2. ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE LAS PERSONAS CON TMG EN PRISIÓN

El artículo 36 de la LOGP, citado anteriormente, señala que en cada centro existirá al menos un médico general con conocimientos psiquiátricos de cuidar de la salud física y mental de los internos y de vigilar las condiciones de higiene y salubridad en el establecimiento, el cual podrá, en su caso, solicitar la colaboración de especialistas. Y añade en su apartado segundo, que además de los servicios médicos de los establecimientos, los internos podrán ser asistidos en las instituciones hospitalarias y asistenciales de carácter penitenciario y, en caso de necesidad o de urgencia, en otros centros hospitalarios. El RP establece en sus artículos 183 a 191 el internamiento en un establecimiento o unidades psiquiátricas penitenciarias.

Son dos los principios éticos que rigen la asistencia médica en los centros penitenciarios para las personas con enfermedad mental: el principio de equidad y el principio de conservación de derechos (Torres y Barrios, 2007). Con referencia al principio de equidad, el artículo 208.1 del RP establece que “a todos los internos sin excepción se les garantizará una atención médico-sanitaria equivalente a la dispensada al conjunto de la población”. Continúa el artículo 209.1 del mismo texto normativo, “la atención primaria se dispensará con medios propios de la Administración Penitenciaria o ajenos concertados por la misma. Los Establecimientos penitenciarios contarán con un equipo sanitario de atención primaria que estará integrado, al menos, por un médico general, un diplomado en enfermería y un auxiliar de enfermería. Se contará igualmente, de forma periódica, con un psiquiatra y un médico estomatólogo u odontólogo”. En los casos, en los que los reclusos necesiten asistencia especializada, el citado artículo 209.2 en su apartado 1 señala, que “se procurará a través del Sistema Nacional de Salud”, por tanto en los Equipos de Salud Mental de la zona en la que se ubique el centro penitenciario; y en su apartado 2, incide en que “se acudirá al hospital más próximo”, en los supuestos de urgencia, por tanto podrán ser internados en las Unidades Psiquiátricas de Agudos del hospital más cercano.

En cuanto al principio de conservación de derechos, viene a referir que los reclusos pacientes deben gozar de “las mismas garantías que todos los ciudadanos del Estado, fortaleciendo con ello el derecho a la protección de la salud que reconoce la Constitución” (Exposición de Motivos de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (en adelante LAP)). Los reclusos por el hecho de cum-

plir una pena privativa de libertad no pierden sus derechos constitucionales, ahora bien, pueden verse limitados por el contenido del fallo condenatorio, el sentido de la pena y la ley penitenciaria en virtud del artículo 25.2 de la CE⁵. El derecho a la salud, nada tiene que ver con estos criterios limitantes, por lo que los enfermos en prisión deben conservar su derecho en el orden sanitario.

4.2.1. Asistencia primaria y especializada

La asistencia primaria debe cumplir, según la Guía de Atención primaria de la salud mental en prisión (GSMP, 2011, p. 12), los siguientes objetivos: identificar y tratar a los internos con TMG; prevenir las conductas autolíticas; trabajar la multiculturalidad y su relación con los trastornos mentales; promocionar la salud mental en prisión; hacer un programa individualizado para las personas con TMG; asegurar un proceso de rehabilitación que minimice el impacto de su enfermedad en prisión; asegurar la derivación del enfermo a un recurso comunitario cuando sea puesto en libertad; y ayudar a las funcionarias y funcionarios no sanitarios para que el entorno penitenciario sea compatible con un mantenimiento de la salud mental.

Esta primera asistencia queda procurada por los facultativos penitenciarios, consistente en el seguimiento del tratamiento que tuviera establecido el paciente por parte del psiquiatra, ya sea porque venía con el tratamiento de fuera, o porque se le ha detectado en prisión el TMG y se le ha establecido una vez dentro. Y es que, el primer contacto que toma el paciente recluso con los medios sanitarios penitenciarios es cuando ingresa: se le realiza un reconocimiento médico y se formaliza una encuesta de información socio-sanitaria. Con esta información, las facultativas y facultativos configuran una historia clínica y una exploración psicopatológica. El servicio médico del centro penitenciario funciona como un centro de salud, cuyo equipo lo forman médicos generalistas o especializados en medicina familiar, diplomadas y diplomados en enfermería, auxiliares de enfermería y farmacéuticas y farmacéuticos. En cuanto a los recursos materiales, los centros penitenciarios cuentan con despachos de consulta, salas de cura y con aproximadamente 2.600 camas en total, distribuidas de forma dispar a lo largo de las prisiones del país, siendo el centro de Arrecife el que cuenta con menos camas, 6, y el que más Villabona con 84 (SGIIPP, 2017, pp. 148-149).

El cincuenta por ciento del total de las consultas de atención primaria fueron por síntomas relacionados con patologías mentales (DGIIPP, 2007, p. 12). El psiquiatra es el competente para atender la asistencia especializada ambulatoria a las personas con TMG. No obstante, no todos los centros penitenciaros cuentan con uno en plantilla. La situación es la siguiente: algunos centros, muy escasamente, cuentan con un médico especialista en psiquiatría en su equipo sanitario; otros centros reciben la visita cada quince días o mensualmente del psiquiatra para atender a los pacientes; y en otros centros, concretamente los de Andalucía y Navarra, son los psiquiatras de los centros de salud comunitarios los que controlan la enfermedad de los reclusos, con la consiguiente dificultad de que la masificación de algunos equipos de salud dificultan la asistencia a éstos (SGIIPP, 2017, p. 149).

5. Sobre la restricción de otros derechos fundamentales durante la reclusión *vid.* Brague y Reviriego (2009, p. 156).

Esta situación, que fue constatada en 1998, es trasladable a la actualidad, poniendo de relieve la persistencia de una deficiente asistencia especializada, que contraviene lo dispuesto en la Recomendación 1235 (1994) sobre psiquiatría y derechos humanos, que establece la necesidad de que cada institución penitenciaria cuente con un psiquiatra y personal especialmente formado.

Según el Informe de la SGIIPP (2017, p. 161), se realizaron 18.179 consultas de atención especializada psiquiátrica, de un total de 118.790. Dentro del mismo centro penitenciario, fueron 17.198 consultas; en el exterior del centro se atendieron 826 consultas; y por telemedicina 155. Así mismo, durante 2016, las personas especialistas prescribieron o mantuvieron el ingreso en enfermería por patología psiquiátrica a 9.098 enfermos, el 44.7% del total de los ingresos, que fueron 20.339 (SGIIPP, 2017, p. 156).

La asistencia sanitaria mental especializada se facilitará en los hospitales designados por la autoridad sanitaria, cuando se requiera asistencia especializada en régimen de hospitalización; o en el más próximo al centro penitenciario, si concurre situación de urgencia justificada. Por TMG se han producido 146 ingresos en hospitales públicos, con una estancia media de 10.9 días (SGIIPP, 2017, p. 164).

4.2.2. Uso de medios coercitivos

El aislamiento terapéutico tiene carácter excepcional, como así determina el artículo 27 de la Recomendación 10 del Comité de Ministros a los Estados Miembros del Consejo de Europa, relativa a la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas aquejadas de trastornos mentales, adoptada por el Consejo de Ministros, el 22 de septiembre de 2004. Este mismo precepto establece que el aislamiento del paciente recluso tiene como fin la prevención o eliminación de comportamientos de riesgo para sí o para terceros. La Circular 3/2004, de 29 de noviembre, reguladora de los procedimientos de actuación ante situaciones de agresividad imprevista de pacientes ingresados en las Unidades de Psiquiatría, de la Generalitat de Cataluña (en adelante Circular 3/2004), aunque solo aplicable a los centros catalanes, especifica que podrá aplicarse: a) si la situación no puede resolverse a través de otras medidas menos restrictivas; b) cuando se produzca una grave alteración regimental; c) por causas estrictamente médicas derivadas de la patología del interno; y d) por solicitud del interno siempre que el facultativo lo considere pertinente.

Solo el facultativo responsable del interno o el médico de guardia serán competentes para adoptar esta medida. Salvo, con carácter provisional y urgente, que podrán hacerlo los funcionarios de vigilancia, dando traslado inmediato al facultativo, que será quien finalmente decida mantenerla o suprimirla. Esta medida es distinta del aislamiento sancionatorio, donde el facultativo se limita a informar la inexistencia de contraindicaciones para la aplicación de la sanción, en su caso; y realizar el preceptivo seguimiento médico del paciente recluso según lo dispuesto en los artículos 72 y 254.1 del RP.

El uso de la fuerza física para controlar a las personas con TMG recluidas en un centro penitenciario, por indicación terapéutica, no cuenta con norma específica penitenciaria al respecto (GSMP,

2011, p. 135), pero se puede acudir al artículo 9.2.b LAP que determina la posibilidad “de intervención clínica indispensable, sin necesidad de contar con el consentimiento del paciente, cuando exista un riesgo inmediato grave para su integridad o la de otros”. Por su parte, la Circular 3/2004 y la Instrucción 18/2007, de 20 de diciembre, sobre sujeciones mecánicas, recogen los principios que debe respetar este tipo de medida, y son: el respeto a la dignidad personal; justificación por razones terapéuticas; la contención debe ser proporcional a los riesgos existentes; prohibición de exceso; la contención no se prolongará más del tiempo estrictamente necesario para alcanzar la finalidad terapéutica; solo se utilizarán los medios apropiados; debe llevarse a cabo bajo supervisión médica; documentación de actuaciones; y revisión de las pautas y procedimientos de intervención.

En cuanto a la contención química, el empleo de la medicación no puede utilizarse como castigo, debe ser proporcional al objetivo terapéutico perseguido, y debe contar con las mismas garantías que la contención física.

5. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN PARA ENFERMOS MENTALES EN PRISIÓN

5.1. PROGRAMA MARCO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMOS MENTALES EN CENTROS PENITENCIARIOS (EN ADELANTE PAIEM)

En 2017, la SGIIPP publica la “Estrategia global de actuación en salud mental”, en la que se recoge una serie de iniciativas llevadas a cabo para mejorar la situación de las personas con enfermedades mentales internadas en centros penitenciarios. Entre ellas se encuentra la elaboración de un Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales (en adelante PAIEM) en centros penitenciarios, que se recoge en dicha publicación. Según el Informe General de IIPP de 2016 (2017, p. 42), está implementado desde 2005 y se realiza prácticamente en todos los centros. En septiembre de 2009, la SGIIPP publica un Protocolo de aplicación al PAIEM, introduciendo algunas modificaciones para lograr mayor operatividad.

El PAIEM se compone de tres partes: fundamentos, programas de intervención e implementación; sobre la base de unos objetivos terapéuticos y reinsertadores, cuales son: detectar y diagnosticar y tratar a todas las personas internas que sufran algún tipo de trastorno mental; mejorar la calidad de vida de los enfermos mentales, aumentar su autonomía y adaptación al entorno; y optimizar la reincorporación social y la derivación adecuada a un recurso socio-sanitario comunitario.

Es un programa asistencial cuyos lineamientos son: fomentar la autonomía del paciente recluso; mejorar la calidad de los enfermos y minimizar el impacto de la enfermedad; facilitar la continuidad del tratamiento en el exterior; abordar de forma multidisciplinar y trabajando en equipo la enfermedad mental; lograr la colaboración y coordinación con los recursos comunitarios; desarrollar estrategias de formación para el personal funcionario; y realizar estudios periódicos para conocer la situación de la enfermedad mental en la población reclusa.

En diciembre de 2016 el PAIEM se desarrollaba en 66 centros, atendiendo a 1.926 internos en actividades de rehabilitación y reinserción, lo que se corresponde con el 4,5% de la población de régimen cerrado y ordinario de estos centros (SGIIPP, 2017, p. 210).

Tabla 5. Aplicación del PAIEM en centros penitenciarios e internos

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Centros PAIEM	26	44	48	66	66	66	66	66
Internos PAIEM	947	1607	1880	1769	1949	1987	1814	1926

Fuente: Elaboración propia a partir del Informe de la SGIIPP de 2017

5.1.1. Primera parte: Programa de Atención Clínica

Está dirigido a detectar internos que presenten trastornos mentales. Tanto el personal facultativo como el resto del personal si descubre alguna de las características que se señalan a continuación deben ponerlo en conocimiento del equipo sanitario.

Tabla 6. Señales para la detección de enfermedad mental en prisión

Señales de alerta para la detección de enfermedad mental	
Voces que le hablan	Sentido exagerado de sí mismo
Lenguaje incoherente	Conductas extrañas
Apariencia extraña	Elevada impulsividad
Grave deterioro en el cuidado personal	Haber cumplido una medida de seguridad
Historial de tratamiento psiquiátrico	Reconocimiento de minusvalía psíquica

Fuente: elaboración propia a partir del Anexo I del PAIEM (SGIIPP, 2007)

Tras la detección del trastorno mental en el interno, se efectúa un diagnóstico e instaura un tratamiento médico, y seguidamente se deriva al Programa de Rehabilitación, proponiendo la inclusión del paciente en uno de los niveles de intervención conforme con su trastorno y la respuesta al tratamiento. El nivel 1 es para pacientes compensados, sin sintomatología que interfiera significativamente con el funcionamiento y la integración en el medio, con buena respuesta al tratamiento médico y que hacen vida en los módulos. El nivel 2 es para pacientes parcialmente compensados, con síntomas que interfieren parcialmente con el funcionamiento y la integración en el medio, con respuesta parcial al tratamiento médico y hacen vida en los módulos. El nivel 3 es para pacientes descompensados, con síntomas que interfieren significativamente en el funcionamiento y la integración en el medio, con mala respuesta al tratamiento y suelen estar en enfermería. Se podrá pasar de un nivel a otro y el seguimiento será periódico y determinado en cada caso.

Tabla 6. Derivación al programa de rehabilitación

Características clínicas	Calidad de la respuesta	Tipo de intervención
Ausencia de conductas de riesgo Ausencia de conductas disruptivas Ausencia de síntomas positivos Síntomas negativos que no interfieren con la integración y funcionamiento diario	Buena respuesta (si están todos los criterios presentes)	Nivel 1 Precisa seguimiento Vida en módulo
Persistencia de síntomas positivos y/o cognitivos y/o afectivos y/o negativos que interfieren con el funcionamiento diario y la integración	Respuesta parcial (si está cualquiera de los criterios presentes)	Nivel 2 Precisa seguimiento Preferentemente puede hacer vida en módulo
Persistencia de conductas de riesgo Persistencia de conductas disruptivas Síntomas positivos que interfieren significativamente con el funcionamiento diario y la integración al medio		

Fuente: elaboración propia a partir del PAIEM (SGIIPP, 2007:13)

5.1.2. Segunda parte: Programa de Rehabilitación

La finalidad de este programa deviene en; la consecución de la recuperación, en la medida de lo posible, de las capacidades personales; en aumentar la autonomía personal, la calidad de vida y la adaptación al entorno, evitando el deterioro psicosocial, la marginación y la discriminación. Todo ello, a través de la realización de actividades específicas para lograr estos objetivos. El equipo de rehabilitación lo compone los profesionales responsables de las actividades específicas en las que participan los pacientes: psicólogas y psicólogos, trabajadoras y trabajadores sociales, educadoras y educadores, miembros de ongs, etc.

Cuando el interno necesite ayuda para realizar determinadas actividades, ya que por su deterioro haya perdido autonomía, se le asignará un interno de apoyo, cuya actividad será reconocida y amparada como relación laboral, objeto de contrato de trabajo. Para ser seleccionado como interno de apoyo, se valorará, entre otras capacidades, su sensibilidad y motivación para ayudar en la rehabilitación de los enfermos, así como recibirán con anterioridad al inicio de su actividad un curso de preparación de trescientas horas. En cualquier caso, el interno de apoyo deberá ser aceptado por el enfermo y deberá existir un mínimo grado de cordialidad y confianza⁶.

6. Desde el año 2008 un total de 685 internos han realizado el curso para ser interno de apoyo. En la actualidad un total de 120

El primer paso del Programa de Rehabilitación, es la realización de la evaluación de habilidades y déficits del funcionamiento psicosocial del interno, que gira en torno a las siguientes áreas: autocuidados, autonomía, autocontrol, relaciones interpersonales, funcionamiento cognitivo, medicación y tratamiento. Tiene que ser un proceso individualizado, continuo, abierto y contextualizado. Esta evaluación puede realizarse por medio de entrevista, observación directa, autoinforme, cuestionarios y escalas. La observación debe durar al menos una semana.

Consecuencia de la evaluación, se elabora el Plan individualizado de Rehabilitación (PIR) por parte del equipo de rehabilitación y los coordinadores de los programas de atención clínica y reincorporación social, y deberá contar con el consentimiento del enfermo. El PIR determinará los objetivos que tiene que lograr el interno y las actividades a realizar para conseguirlos. Como ejemplos de objetivos generales, serían disminuir su anhedonia y falta de interés por el medio o identificar los factores de riesgo de su enfermedad mental y evitar las recaídas; y como ejemplos de objetivos específicos, conseguir que recoja y se tome la medicación diaria de forma correcta (en el plazo de un mes), manejar correctamente el peculio (en el plazo de dos meses) o conseguir que utilice el transporte público de forma autónoma hasta llegar a su domicilio en caso de permiso (en el plazo de seis meses).

Las actividades rehabilitadoras pueden ser tanto las comunes del centro penitenciario, que están dirigidas para toda la población penitenciaria, como actividades específicas dirigidas expresamente para las personas con patología mental. Entre las actividades comunes se encuentran los talleres ocupacionales, deportes, talleres formativos, etc.; y como actividades específicas se dan talleres de prevención de recaídas, talleres de autonomía en la toma de medicación, talleres de autocontrol y psicomotricidad, etc. Los enfermos incluidos en el nivel 1 podrán realizar actividades comunes y específicas con una dedicación mínima de 10 horas; los incluidos en el nivel 2 llevarán a cabo actividades específicas y también comunes en función de sus habilidades, con una duración de al menos 10 horas y se valorará la conveniencia de asignar un interno de apoyo. Los enfermos de nivel 3 solo tendrán actividades específicas con una duración de 10 horas semanales y se valorará la conveniencia de asignar un interno de apoyo.

La eficacia del PIR será evaluada de forma multidisciplinar de forma mensual, de tal forma que se mantendrá o introducirá cambios de mejora.

5.1.3. Tercera parte: Programa de Reincorporación Social

De cara a la salida de la cárcel del interno, este programa pretende cumplir con los siguientes objetivos: gestionar las posibles prestaciones económicas a que tuviera derecho el enfermo; impulsar el apoyo familiar; facilitar el contacto del enfermo con asociaciones de integración; y efectuar la derivación a la red socio-sanitaria de la comunidad

internos están desempeñados el puesto de trabajo (SGIIPP, 2017, p. 209).

5.2. PROGRAMA PUENTE DE MEDIACIÓN SOCIAL

Para las personas con TMG clasificados en tercer grado se ha instaurado por parte de Instituciones Penitenciarias de un Programa Puente de Mediación Social, con el objetivo principal de coordinar a las diferentes administraciones implicadas, para que el enfermo mental, sobre el que ha recaído algún tipo de responsabilidad judicial, tenga una adecuada derivación a los recursos asistenciales de la comunidad y conseguir así la continuidad del tratamiento. Y es que, asegurar la derivación a los centros de salud mental comunitarios se convierte en una obligación ineludible, para garantizar el derecho de equidad de estos pacientes, para asegurar la minimización del riesgo de reincidencia, y por ende, es una mejora en salud pública para la comunidad (SGIIPP, 2014, p. 1).

Para ello, y contando con la experiencia del programa piloto que desde 2010 se viene desarrollando en el Centro de Inserción Social (en adelante CIS) Victoria Kent de Madrid con la colaboración de la Fundación Manantial, en 2014 se ha implementado en los CIS del país, el Programa Puente. Cuenta para su ejecución con un Equipo Multidisciplinar, la Unidad Puente, en el que las entidades del tercer sector juegan un papel fundamental.

Durante el año 2016, el Programa Puente se ha desarrollado en 19 CIS: A Coruña, Albacete, Alcalá, Algeciras, Alicante, Córdoba, Granada, Huelva, Jerez, Madrid, Málaga, Mallorca, Murcia, Navalcarnero, Santander, Sevilla, Tenerife, Valencia y Zaragoza; estando incluidos en programa a 31 de diciembre un total de 109 internos, lo que se corresponde con el 3,6% de la población penitenciaria de estos centros, población de régimen abierto (SGIIPP, 2017, p. 210).

6. CONCLUSIONES

Las personas con TMG en prisión, son el colectivo más excluido y desamparado de nuestra sociedad. Son marginadas⁷ en la propia prisión, reclusas en enfermería o abandonadas en los módulos. Por lo que requieren el máximo apoyo social y asistencial. La situación analizada y constatada por el Defensor del Pueblo Andaluz sobre los enfermos mentales internados en centros penitenciarios, tras más de veinte años, no difiere en absoluto de lo que acontece en la actualidad. Esto es un dato de vital importancia, que pone de relieve la nula preocupación por parte de las Instituciones y de la propia sociedad de corregir las disfunciones que se asientan en la misma, en el tratamiento de las personas más desfavorecidas. Es cierto, que se han implementado dos planes de intervención, el PAIEM dentro de prisión, y el Programa Puente para facilitar la excarcelación, pero de forma postergada y con falta de recursos, que repercute en su eficacia.

7. Del Val C., C., Viedma R., A. y Reviriego Picón, F. (2013, p. 31, citando a Garland, 2001) ponen de relevancia que si se entiende la pena “como una institución social compleja, resultado de la interacción entre el sistema judicial, el sistema penal y las condiciones históricas, económicas, sociales, políticas y culturales de cada contexto social concreto”, es obvio la extrapolación de los “prejuicios, desigualdades y discriminaciones que se producen en el exterior de la cárcel” a la misma.

Hasta la fecha, los estudios sobre población penitenciaria con TMG más relevantes se reducen al Informe emitido en 2007 por la SGIIPP y el Estudio realizado por el Grupo Preca en 2011. Sin olvidar, el Informe emitido en 1998 por el Defensor del Pueblo Andaluz, que constituyó un punto de inflexión en esta materia, ya que por primera vez se abordaba la problemática real y descarnada de este grupo de internos; de los cuales, muchos habían quedado abocados a prisión al verse desamparados tras el cierre de los hospitales psiquiátricos. Toda esta literatura reseñada, coincide en el elevado número de enfermos con TMG que pueblan las cárceles, constituyendo a día de hoy uno de los problemas más graves, sino el que más, en el medio penitenciario. Se hace necesario, por tanto, la realización de un profundo estudio global y multidisciplinar sobre esta realidad, que actualice y recicle los ya existentes.

La orfandad de las personas con TMG involucradas en el sistema punitivo es absoluto. Un tratamiento específico para superar las disfunciones del orden penal en estos aspectos sería deseable, como por ejemplo una formación adecuada en los operadores jurídicos, de cara a paliar el desconocimiento de estas personas en cuanto le acontece, y también para que reciban un tratamiento adecuado en el proceso al que se enfrentan. Partiendo de la siguiente premisa: la etiología de la conducta delictiva cometida por una persona con TMG no se halla en su patología. Los motivos que la llevan a delinquir son los mismos, generalmente, que las motivaciones para los sujetos imputables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Almeda, E. (2002). *Corregir y castigar. El ayer y hoy de las cárceles de mujeres*. Barcelona: Bellaterra.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Traducción: Burg Translations, Inc. Chicago: Asociación Americana de Psiquiatría. Recuperado de: <https://bit.ly/2CfOCtp>. Fecha de consulta: 20/02/2019.
- Barrios, L. F. y Torres, F. (2007). Derechos Humanos y enfermedad mental. Aspectos ético- jurídicos de la violencia institucional en el ámbito de la salud mental. En Markez, I., Fernández, A. y Pérez-Sales, P. (Coords.) *Violencia y salud mental. Salud mental y violencias institucional, estructural, social y colectiva*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Brague, J. y Reviriego, F. (2009). La ejecución de las penas privativas de libertad en España. En *Revista boliviana de derechos, N° 8*. Recuperado de: <https://bit.ly/36CbJfM>. Fecha de consulta: 02/03/2019.
- Cerezo, A. y Díaz, D. (2016). El enfermo mental en el medio penitenciario. En *International e-Journal of Criminal Science, N° 10*. Recuperado de: <https://bit.ly/2NHYoKh>. Fecha de consulta: 02/03/2019.
- Christie, N. (1984). *Los límites del dolor*. México D. F.: Fondo de Cultura Económica.
- Coy, E. y Martínez, M. C. (1988). *Desviación social: una aproximación a la teoría y la intervención*. Murcia: Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y Castigar*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina.
- Defensor del Pueblo Andaluz (1998). *La situación de los enfermos mentales internados en centros penitenciarios andaluces*. Sevilla: Defensor del Pueblo Andaluz. Recuperado de: <https://bit.ly/2qoq3I4>. Fecha de consulta: 01/03/2019.
- (2013): *La situación de los enfermos mentales en Andalucía*. Sevilla: Defensor del Pueblo Andaluz. Recuperado de: <https://bit.ly/2Nj8TVa>. Fecha de consulta: 01/03/2019.
- Del Val, C., Viedma, R., A. y Reviriego, F. (2013). Hacia una medida objetiva de la discriminación en la cárcel: indicadores e índice de punición. En *Revista Criminalidad, Vol. 55 (2)*. Recuperado de: <https://bit.ly/2pzc0iZ>. Fecha de consulta: 31/01/2019.
- Dirección General de Instituciones Penitenciarias (2007). *Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario*. Madrid: Ministerio del Interior. Recuperado de: <https://bit.ly/2CiaVyG>. Fecha de consulta: 25/01/2019.
- Fundación Abogacía Española (2013). *Los enfermos mentales en el sistema penitenciario: un análisis jurídico*. Recuperado de: <https://bit.ly/2W6msJ4>. Fecha de consulta: 25/01/2019.

- Garland, D. (2004). *La cultura del control*. Barcelona: Gedisa.
- Goffman, E. (1998). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Grupo de Trabajo sobre Salud Mental en Prisión (GSMP) (2011). *Guía Atención primaria de la salud mental en prisión*. Ripoll: OM Editorial.
- Grupo PRECA (2011). *Informe prevalencia de trastornos mentales en centros penitenciarios españoles*. Recuperado de: <https://bit.ly/2F9FOq9> Fecha de consulta: 30 /01/2019.
- Leganés, S. (2010). Enfermedad mental y delito: perspectiva jurídica y criminológica. En *La Ley Penal*, Nº 76.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2018). *CIE.10.ES Diagnósticos*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Recuperado de: <https://bit.ly/2CeZJCL>. Fecha de consulta: 15/02/2019.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001). *Documentos básicos*, 43a edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://bit.ly/32mzUeE>. Fecha de consulta: 16/02/2019.
- (2001a). *Fortaleciendo la promoción de la salud mental, Hoja informativa nº 220*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://bit.ly/34E3AFT>. Fecha de consulta: 16/02/2019.
- (2011). *Impact of economic crises on mental health*. Copenhagen: World Health Organization. Recuperado de: <https://bit.ly/2Nlh97d>. Fecha de consulta: 16/02/2019.
- Reviriego, F. (2008). Centros penitenciarios y personas con discapacidad. En *Revista Facultad de Derecho y Ciencias Políticas Vol. 38, Nº 109*. Recuperado de: <https://bit.ly/34D86Vc>. Fecha de consulta: 01/03/2019.
- Salvador-Carulla, L., Bulbena, A., et al. (2002). La salud mental en España: Cenicienta en el país de las Maravillas. En *Invertir para la salud: prioridades en salud pública. Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)*. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud. Recuperado de: <https://bit.ly/33n6YEC>. Fecha de consulta: 01/03/2019.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIIPP) (2017). *Informe General 2016*. Madrid: Ministerio del Interior. Recuperado de: <https://bit.ly/2K9eHin>. Fecha de consulta: 20/01/2019.
- (2014). *Programa Puente de Mediación Social*. Madrid: Ministerio del Interior. Recuperado de: <https://bit.ly/2WNXosf>. Fecha de consulta: 20/01/2019.
- Zabala, C. (2016). *Prevalencia de trastornos mentales en prisión: análisis de la relación con delitos y reincidencia*. Madrid: Ministerio del Interior.