

# *Locura entre rejas*

María Isabel García Gómez

## Locura entre rejas

Introducción

Antecedentes históricos enfermedad mental y delito

Criminalización de la locura y patologización del crimen

Historia del Derecho Penitenciario

La institución psiquiátrico-penitenciaria en España

Vida en prisión durante la Transición democrática

Situación actual de la Sanidad Penitenciaria

Organización Administración Penitenciaria

Tipos de establecimientos penitenciarios

Población reclusa

Repercusiones de la enfermedad mental en la sociedad

Estudios sobre salud mental en el medio penitenciario

Estudios sobre salud mental en el medio penitenciario en España

Factores que favorecen internamiento de enfermos con Problemas de salud mental en prisión

Repercusiones de la privación de libertad en un paciente con enfermedad mental

Enfermedad Mental y Judicialización

Formas Especiales de Ejecución

Enfermedad Mental y prisión. Programas de intervención

Conclusiones

# Locura entre rejas

## Introducción

La figura del enfermo mental en prisión en España ha sido contemplada en los Códigos Penales de 1848, 1850 y 1870 como “el imbecil y el loco”, pasando los de 1928 y 1932 a destacar la figura del “enajenado” asociándolo con las medidas de seguridad, como medida protectora de la sociedad que no le considera voluntariamente culpable pero si socialmente peligroso<sup>1</sup>.

El incremento durante las últimas décadas de personas con problemas mentales que se encuentran privadas de libertad es un problema complejo de salud pública que afecta a todos los países europeos y que se ve reagudizado por la carencia de centros y recursos específicos no penales para prestar una asistencia adecuada a este tipo de enfermos.

Según datos recogidos por la Organización Mundial de la Salud en diversos estudios realizados desde 2001 a 2013<sup>2</sup>, y a pesar de los diferentes criterios diagnósticos existentes, hay características que aparecen en todos ellos y muestran que los Trastornos Mentales son comunes, pueden afectar a personas de todas las edades y nacionalidades en alguna etapa de su vida y tienen una distribución mundial.

La elevada prevalencia de los enfermos mentales en los centros penitenciarios ordinarios es un problema que se viene constatando desde hace muchos años. Estudios realizados en los años 90 a nivel mundial en población penitenciaria concluyen que la probabilidad de padecer un trastorno psicótico o depresión grave es entre 4 y 6 veces superior en las personas encarceladas respecto a la población general y que la probabilidad de ser diagnosticado de un trastorno antisocial de la personalidad es 10 veces superior<sup>3</sup>.

La OMS estima que en las sociedades occidentales, la incidencia de alteraciones psiquiátricas es hasta siete veces mayor en la población penitenciaria que en la población general<sup>4</sup>, tal y como se recoge en las

---

<sup>1</sup> <http://fundacion.abogacia.es>

<sup>2</sup> Organización Mundial de la Salud. (2013). Informe sobre la salud en el mundo 2013. Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Ginebra: OMS. En: <http://www.who.int/whr/2013/report/es/>

<sup>3</sup> Fazel and Danesh, 2002; Andersen, 2004; Brugha et al., 2005. Citados por Informe PRECA.

<sup>4</sup> 5. Mendelson EF. A survey of practice a regional Forensic Service: what do Forensic Psychiatrists do? Part I-II: Characteristics of cases and distribution of work. Br. J. Psychiatry. 1992; 160: 769-776.

Recomendaciones del Comité de Ministros del Consejo de Europa<sup>56</sup>, en los últimos años y coincidiendo con el aumento de la población penitenciaria, se ha observado un sensible incremento de algún tipo de trastorno mental en las personas que ingresan en prisión.

Entre las causas que han provocado este aumento se encuentra principalmente la desaparición de los manicomios como espacio que durante dos siglos, ha albergado a personas socialmente problemáticas, al efecto negativo que la prisión ejerce sobre las personas recluidas y al considerable aumento de 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 prisión. Sin contar claro está, con los trastornos mentales provocados por el consumo de sustancias tóxicas.<sup>1,7-9</sup>

En el marco de la Unión Europea, en la Conferencia de Helsinki, celebrada en enero de 2005 bajo el lema “Enfrentando desafíos, construyendo soluciones”, los representantes de los Ministerios de Sanidad de los 52 Estados participantes suscribieron la Declaración Europea de Salud Mental.

En España, esta situación fue puesta de manifiesto en 1998 por el Defensor del Pueblo Andaluz en un completo informe sobre enfermos mentales internados en establecimientos penitenciarios andaluces. “La conclusión más rotunda por parte de todas las instancias que han participado en este trabajo es que el enfermo mental no cumple ningún papel en la cárcel y que, por su parte, las cárceles no están para tratar enfermos mentales.”<sup>6</sup>

Antecedentes históricos enfermedad mental y delito

Criminalización de la locura y patologización del crimen. La comisión de delitos por enfermos mentales ya preocupaba a la clase médica y a la incipiente psiquiatría del siglo XIX. Diversos motivos de índole social y científico convergieron para que la

---

<sup>5</sup> Recommendation No. R (98) of the Committee of Ministers to members states concerning the ethical and organisational aspects of health care in prison. [Internet]. Strasbourg: Council of Europe Committee of Ministers. 1998 [citado 2011 feb 28]. Disponible en: <https://wcd.coe.int/wcd/ViewDoc.jsp?id=475927&Site=CM>

<sup>6</sup> La situación de los enfermos mentales internados en centros penitenciarios andaluces” 78 páginas. Publicado en el Boletín Oficial del Parlamento Andaluz nº 193, de 3-3-1998, V Legislatura. Debate en Diario de Sesiones de la Comisión de Asuntos Sociales nº 220 serie A, sesión celebrada el 9-12-1998, V Legislatura.

“monomanía”, término introducido en el lenguaje médico por Jean-Etienne-Dominique Esquirol (1772- 1840)<sup>7</sup>, comenzara a caer en desuso entre los psiquiatras. Uno de los factores que más influyeron en este rechazo fue la dificultad que se encontraba a la hora de manejar ese concepto en la práctica médico-forense.

Así, el modelo médico de criminalidad entonces, precisaba ajustes que permitieran responder mejor a las expectativas de los médicos de cara a mejorar su aceptación por la sociedad. La teoría de la “degeneración”, formulada en 1857 por Benedict-Augustin Morel<sup>8</sup>, supuso un giro radical en la comprensión de la locura, al considerarse ésta como una anomalía constitucional ligada a alteraciones morfológicas.

La favorable recepción que recibió la aportación de Morel entre los médicos “alienistas” fue debida a la fácil solución que ofrecía a problemas cruciales planteados por la enfermedad mental. Al referir el proceso patológico a un substrato físico, esto es, la anormal configuración biológica y anatómica, proporcionaba claves aparentemente objetivas para el diagnóstico de las anomalías mentales. De hecho, las alteraciones somáticas de los pacientes degenerados, de los que el alienado era un ejemplo especialmente relevante, se podían poner en evidencia por medio de ciertos aspectos de su morfología externa que lo harían fácilmente reconocible.

Por otra parte, una serie de procesos criminales que conmovieron a la sociedad española en la década de 1880, fueron esenciales para la introducción del “degeneracionismo” en los peritajes psiquiátricos y para dar a conocer a la sociedad las vinculaciones entre locura, criminalidad y una anormal conformación orgánica para intentar convencer a la justicia de la existencia de numerosos criminales que, en realidad, eran enfermos mentales y que pasaban desapercibidos para los no expertos.

Estos casos, con amplia repercusión social, fueron utilizados por un grupo de jóvenes frenópatas<sup>9</sup> como Luis Simarro, Jaime Vera o José María Escuder, encabezados por José María Esquerdo<sup>10</sup>, para introducir en las salas de justicia una importante controversia, cuyo objetivo era aprovechar la publicidad que dichos procesos provocaban, para dar a conocer a los magistrados y al público en general los avances

---

<sup>7</sup> 6 ESQUIROL, Jean-Etienne-Dominique. (1827), “Note sur la monomanie homicide”.En HOFFBAUER, J.C., Médecine légale relative aux aliénés et aux sourds-muets, ou les lois appliquées aux dé sordres de l'intelligence, Paris, J.-B. Baillière.

<sup>8</sup> MOREL, Benedict-Augustin. (1851-1852), Etudes cliniques. Traité théorique et pratique des maladies mentales considérées dans leur nature, leur traitement, et dans leur rapport avec la médecine légale des aliénés, Nancy, Grimblot, Paris, Masson, 2 vols.

<sup>9</sup>[http://www.criminalistica.mx/expresionforense.com/Archivo\\_coleccion\\_EF/expresion%20forense\\_no%2014\\_mayo-junio\\_2014.pdf](http://www.criminalistica.mx/expresionforense.com/Archivo_coleccion_EF/expresion%20forense_no%2014_mayo-junio_2014.pdf)

<sup>10</sup> ESQUERDO, José M<sup>a</sup>. (1881): “Locos que no lo parecen. Garayo el Sacamantecas”, Revista de Medicina y Cirugía Prácticas, 5, pp. 101-109, 153-159, 211-217, 303-312, 358-365, 402-409.

científicos y encontrar la legitimación social que les permitiera implantar la psiquiatría como disciplina científica.

Estos procesos contenían un trasfondo de morbo social, determinado por la propia naturaleza de los crímenes cometidos, al ser pública la celebración de los juicios orales (instaurados en 1882 por el gobierno liberal de Sagasta), que la prensa aprovechó para dar cumplida cuenta de todo lo acontecido al público curioso que acudía a los procesos más famosos, con la espectacular difusión de dichos actos criminales, de tal forma que esta información llegaba a desplazar al resto de noticias. Al mismo tiempo, esta difusión favorecía la lucha encubierta entre el poder judicial y los médicos alienistas para exponer sus teorías. Así lo expone Trinidad Fernández en su libro "La defensa de la sociedad. Cárcel y delincuentes en España".

*"Como podemos comprobar, también hoy los medios de comunicación continúan ejerciendo un importante papel en la difusión alarmista de determinados delitos cometidos por personas con enfermedad mental.*

Entre los procesos que tuvieron mayor repercusión, se encuentran el caso de Juan Díaz Garayo, conocido por "El Sacamantecas"<sup>11</sup>, procesado por violar, asesinar y arrancar las vísceras a seis mujeres en la provincia de Álava, entre 1870 y 1879; el caso del médico Manuel Morillo<sup>12</sup>, acusado de asesinar al padre de su novia en 1884, o el famoso proceso del cura Cayetano Galeote<sup>13</sup> quien asesinó al Obispo de Madrid-Alcalá, en 1886.

*"Esta dualidad contradictoria enfermo versus delincuente peligroso persiste hoy en día en relación al tratamiento que ha de darse al enfermo mental que ha cometido un delito. Se trataba, por tanto, de definir, primeramente, si prevalecía el aspecto patológico, que conllevaría la posterior derivación a un tratamiento en establecimiento apropiado, o bien, como defendían los juristas, atenerse solo a la peligrosidad, debiendo ejercerse de forma preventiva la defensa social".*

En este sentido, Dorado Montero<sup>14</sup>, en su obra "Errores judiciales. Locos condenados por los tribunales", considera que, alrededor de un 40 por ciento de "locos desconocidos y condenados" a los que denomina "paralíticos generales, absolutamente inconscientes e irresponsables", a los pocos días de ser condenados

---

<sup>11</sup> <https://culturacientifica.com/2015/07/13/el-caso-de-juan-diaz-de-garayo-a-el-sacamantecas/>

<sup>12</sup> CAMPOS MARÍN, Ricardo. "Leer el crimen. Violencia, escritura y subjetividad en el proceso Morillo (1882-1884)". Frenia. 2010; 10:95-122.

<sup>13</sup> VARELA, Julia. y ÁLVAREZ-URÍA, Fernando. (1979): "El Cura Galeote, asesino del Obispo de Madrid-Alcalá". Proceso Médico-Legal, reconstruido y presentado por Julia Varela y Fernando Álvarez-Uría, Madrid.

<sup>14</sup> MARIACA, Margot, "Pedro Dorado Montero y el Derecho Protector De Criminales", 2010,

eran trasladados de la prisión a los asilos de locos, lo que probaba que eran enfermos mentales ya en el momento de haber cometido el delito y ser condenados.

El Dr. Delbruck, director del asilo de locos de Bremen, en su ponencia sobre “Los delincuentes de responsabilidad limitada” presentada en el Congreso de Dresde de la Unión Internacional de Derecho, en junio de 1903, exponía que: “los establecimientos de locos están en el estado actual de las cosas, llenos siempre de criminales”.

*“En mi opinión, esta manifestación podría expresarse en la realidad del siglo XXI también a la inversa: “los establecimientos penitenciarios, están en el estado actual de las cosas, siempre llenos de enfermos mentales”.*

En la actualidad, las personas con enfermedad mental representan un problema de salud pública que afecta al conjunto de la población, cuyo abordaje y posibles soluciones representan un reto aun mayor y de extrema complejidad cuando se trata de enfermos que se encuentran privados de libertad en centros penitenciarios.

Vemos, por tanto, que el problema de personas con enfermedad mental en prisión no es actual, sino que lleva, al menos, dos siglos de debate. De lo anteriormente expuesto, también se deducen otras cuestiones relevantes, como la importancia de los medios de comunicación, la estigmatización de los enfermos mentales en la sociedad, las cifras de enfermos mentales en prisión similares a los actuales en porcentajes, o la carencia de recursos, entre otros.

### **Historia del Derecho Penitenciario**

Hay tres eminentes figuras, que contribuyeron a la reforma el Derecho Penitenciario de la época: Concepción Arenal, Rafael Salillas y Ponzano, así como Fernando Cadalso y Manzano<sup>15</sup>. Fruto del impulso científico y práctico de los tres, surgió el Real Decreto de 3 de junio de 1901<sup>16</sup>, donde ya se introducían, significativamente, los principios reguladores de la Ciencia Penitenciaria Moderna, junto con los métodos seguidos en los países más adelantados en el campo de la reforma penitenciaria, como Inglaterra.

Durante los siglos XVIII y XIX las corrientes humanistas imperantes en la época, impulsaron el desarrollo del Derecho Penitenciario, que concebía la prisión como una institución autárquica, omnicomprensiva y autosuficiente, con una asistencia penitenciaria basada en la misericordia y en la idea de reeducación, lo que propició la aparición de los Patronatos como instituciones de asistencia a los reclusos, a los liberados y a sus familiares.

---

<sup>15</sup> Vid. GARRIDO GUZMÁN, L.: Manual op. cit., p. 170.

<sup>16</sup> SANZ DELGADO, Enrique. “El humanitarismo penitenciario español del s. XIX”. Madrid, 2003, pp. 15 y 281 y ss.

La fuerza y protagonismo de estas corrientes reformistas fueron ejercidos por los mencionados Concepción Arenal<sup>17</sup> y Rafael Salillas<sup>18</sup>, quien, además de especialista en Criminología, Penología y Antropología, destaca también por su labor como médico, jurista, literato y político. Igualmente, tenemos a Pedro Dorado Montero<sup>19</sup>, el más destacado representante de la filosofía positivista aplicada al Derecho, o “positivismo Jurídico” en España. Entre sus reformas, destacan la creación de nuevos establecimientos para evitar la masificación, la adopción de medidas higiénicas y las mejoras en las condiciones de vida en el interior de las prisiones.

Concepción Arenal, abogada penalista, fue nombrada “Visitadora General de Prisiones de Mujeres” y, posteriormente, “Inspectora de Casas de Corrección de Mujeres” en 1864, cargo que sólo pudo ocupar durante un año debido a los cambios políticos. Plasmó su ideal reformador penitenciario en sus diversas obras, como “El visitador del preso”, escrito en 1891. Su reforma penitenciaria se basó en la creación de un cuerpo facultativo de funcionarios de prisiones; estableció la dependencia de los centros penitenciarios del Ministerio de Gracia y Justicia y un tiempo mínimo para la prisión preventiva; aumentó el número de establecimientos penitenciarios para evitar la masificación y prohibió que el penado desempeñara cargo alguno en la prisión, como el de “cabo de varas”.

El médico, criminólogo y antropólogo Rafael Salillas fue Director de la Prisión Celular de Madrid y promovió la renovación del sistema penitenciario español, siguiendo las directrices correccionalistas del italiano Lombroso, dando continuidad a la tarea iniciada por Concepción Arenal.

Entre sus numerosas actividades, propuso importantes reformas higiénicas en las prisiones y aportó una obra de incalculable valor testimonial y estadístico. Sus esfuerzos, junto con el de otros pensadores, dieron lugar a la creación, en 1902, del Consejo Superior Penitenciario; fue fundador de la Escuela de Criminología en 1903, que dirigió hasta su muerte, y de la Revista Penitenciaria Española, que contribuirían de manera clara a las modificaciones y reformas del régimen penitenciario. Igualmente, dirigió la Revista de Antropología Criminal y Ciencias Médico legales y realizó diversas investigaciones para determinar que la criminalidad estaba influida por causas genéticas y ambientales. Entre sus obras escritas, destacan “La Vida Penal en

---

17 ARENAL, Concepción. (1896). Obras completas. Madrid.

18 <https://fernandoburillo.files.wordpress.com/2010/06/rafael-salillas.pdf>

19 SANZ DELGADO, Enrique. Profesor Contratado Doctor de Derecho Penal. Universidad de Alcalá. “Dos modelos penitenciarios paralelos y divergentes: Cadalso y Salillas”.

España” (1888), “La Antropología en el Derecho Penal” (1889) y “La Evolución Penitenciaria” (1919)<sup>20</sup>.

Al mismo periodo histórico, pertenece el destacado penalista y publicista Pedro García Dorado y Montero, catedrático de Derecho Político y Administrativo en la Universidad de Granada y de Derecho Penal en la de Salamanca, donde se formó y ejerció hasta su muerte. Librepensador y difusor de las doctrinas positivistas italianas, gozó de reconocido prestigio fuera de España. Realizó una importante labor como responsable y colaborador de varias revistas y como traductor de esta doctrina europea en el cambio de siglo<sup>21</sup>.

Representante máximo del denominado “Derecho Protector de Criminales”, el fundamento de Dorado Montero se basa en la teoría “correccionalista”, según la cual, la pena no debía ser retributiva, sino correctiva de la voluntad criminal, basada en el estudio psicológico del delincuente. Como consecuencia, el Estado debe proteger al delincuente de la reacción de la sociedad, combatiendo las causas que conducen a la persona a cometer el delito. De esta manera, la pena impuesta impediría la reincidencia; es por ello, un derecho protector de criminales, en el cual el juez, el fiscal y los abogados conformarían un “equipo de cura criminal”<sup>22</sup>.

La fuerza y protagonismo ejercido por estos principios ideológicos de carácter humanista y progresista, aplicados al medio penitenciario durante el siglo XIX, tuvieron una importante repercusión en las reformas penitenciarias que se producirían en el siglo siguiente.

Estas reformas influyeron no solo en el Derecho Penal, sino en todos los aspectos referentes a la Institución Penitenciaria, a sus profesionales, a la vida de los penados y a sus condiciones de reclusión en las cárceles, incluyendo entre otras reformas tan necesarias, la de prestar una adecuada atención médica a los reclusos.

Así, aparece por primera vez en España el concepto de “sanidad penitenciaria” en el ordenamiento legal en el siglo XIX, como un elemento propio de la organización de las prisiones, incluida como Sección Médica dentro del Cuerpo Facultativo de Prisiones, en un Decreto de diciembre de 1886<sup>23</sup>.

---

<sup>20</sup> ONECA, Antón. 1923: 28 y ss. Nota cronológica de Salillas; 1974: 205 y ss.

<sup>21</sup> [http://portal.uc3m.es/portal/page/portal/instituto\\_figuerola/programas/phu/diccionariodecatedraticos/lcatedraticos/gdorado](http://portal.uc3m.es/portal/page/portal/instituto_figuerola/programas/phu/diccionariodecatedraticos/lcatedraticos/gdorado)

<sup>22</sup> MARIACA, Margot, "Pedro Dorado Montero y el Derecho Protector De Criminales", 2010.

<sup>23</sup> DEL RÍO Y PARDO, F. “La Asistencia Sanitaria, introducción”. En Cobo del Rosal M. Comentarios a la Legislación Penal Vol. 1. Madrid: Revista de Derecho Privado; 1986. p. 521-2.

Es inevitable, por tanto, referirse al ámbito jurídico al hablar de sanidad penitenciaria, como un término tomado de textos legales para definir toda actividad promovida desde la prisión para la prevención y restauración de la salud de las personas reclusas.

Fernando Cadalso y Manzano (1859-1939) fue uno de los penitenciaristas españoles más importantes de la primera mitad del siglo XX. Tuvo una larga y prolífica carrera en el ámbito de prisiones: dirigió, entre otros presidios, la Cárcel Modelo de Madrid; fue Inspector General de Prisiones durante veinticinco años; representante de España en cuatro congresos penitenciarios internacionales; estableció el sistema progresivo en las prisiones, que perduró hasta la sanción de la Ley Orgánica General Penitenciaria, en 1979; realizó viajes de estudio a varios países europeos y a los Estados Unidos, donde importó el modelo de reformatorio para adultos que estableció en Ocaña; colaboró en la elaboración del proyecto de ley de libertad condicional; fue director de la Escuela de Criminología. Poco antes de jubilarse, durante el Directorio Militar de Primo de Rivera, estuvo a cargo del Ministerio de Gracia y Justicia<sup>24</sup>.

Otra relevante figura del siglo XX fue Victoria Kent, abogada penalista y primera mujer en ser nombrada Directora General de Prisiones durante la Segunda República<sup>25</sup>. En su labor reformista, asumió los ideales humanistas iniciados por Concepción Arenal y Dorado Montero y destacó por aumentar los derechos de los reclusos, mejorar las condiciones de vida en el interior de las cárceles y la profesionalización del personal penitenciario. En suma, estableció las bases del modelo penitenciario que hoy conocemos, otorgando dignidad al preso, promoviendo el tratamiento individualizado para la reeducación y la reinserción social.

Como señala Carlos García Valdés en su obra “Semblanza Política y Penitenciaria de Victoria Kent”<sup>26</sup>: “Esta reforma era entender que, de la misma manera que había que proteger a la sociedad de la comisión de actos delictivos, había también que proteger a los presos frente a los nocivos efectos de la prisión”.

### **La institución psiquiátrico-penitenciaria en España**

Etimológicamente “Penitenciaria” viene de “penitencia” y ésta, a su vez, del latín “paenitentia”, arrepentimiento, pesar. Por lo tanto, una “penitenciaría” sería el lugar

---

<sup>24</sup>

[https://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/19662/cadalso\\_nunez\\_hd29\\_2014.pdf?sequence=3](https://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/19662/cadalso_nunez_hd29_2014.pdf?sequence=3)

<sup>25</sup> GARCÍA VALDÉS, Carlos. “Introducción a la Penología”. 2º edición. Instituto de Criminología de la Universidad Complutense de Madrid. 1982. Pág. 115. IBÁÑEZ PICAZO, C. “Victoria Kent, una jurista republicana en la Dirección General de Prisiones (1931-1932)”. Revista de Estudios Penitenciarios Nº 257. Secretaría General de II.PP. Madrid, 2014. Págs. 33 a 119.

<sup>26</sup> GARCÍA VALDÉS, Carlos. “Semblanza Política y Penitenciaria de Victoria Kent”. Derecho Penitenciario (escritos, 1982-1989). Ministerio de Justicia. Madrid, 1989. Págs. 38 y 39.

donde los ofensores de la fe se redimían de sus culpas. Término que, posteriormente, se extendió en su uso para aplicarse a los centros de reclusión.

Desde las primeras instituciones de protección y ayuda a los presos de carácter religioso, denominados “procuradores pauperum”, nacidos en el Concilio de Nicea, en el año 325, hasta la creación de los Patronatos, durante el siglo XVIII. Estos “patronatos” prestaban asistencia a los reclusos, liberados y a sus familiares, con carácter de beneficencia privada, por el deber moral y caridad cristiana.

La aparición de los primeros hospitales psiquiátricos en nuestro país se produjo en el siglo XV, prestándose una atención al enfermo mental, caracterizada por un trato humanitario y digno, basado en un espíritu caritativo. Espinosa<sup>27</sup> entre otros autores, ha defendido que en el siglo XVIII la situación asistencial en España a enfermos mentales, conocida como “psiquiatría asilar”, era notablemente mejor que la existente en el resto de Europa. Esta asistencia reconocía al loco como enfermo; los ingresos en el hospital o asilos se hacían con certificado médico y existían instituciones dedicadas a la atención de enfermos mentales, incluyendo casas y departamentos para dementes en los hospitales generales.

La preocupación por la cuestión de la "irresponsabilidad efectiva del enajenado" fue hondamente debatida a fines del XIX, haciendo indispensable la intervención del perito psiquiatra en el proceso penal. Por su parte, el principio clasificatorio y la especial consideración del enfermo mental delincuente hacían necesaria la creación de una institución específica donde alojarlos.

En Europa, los primeros psiquiátricos penitenciarios datan de finales del siglo XVIII, siendo fundamental en el proceso de su creación la profunda crítica llevada a cabo en Inglaterra por John Howard (1726-1790) en “The State of Prisons in England and Wales” (1777)<sup>28</sup> relativa a la situación en la que se encontraba la convivencia en cárceles de enfermos mentales y sanos, lo que condujo a la reforma de las instituciones que albergaban locos delincuentes.

En España, en la primera mitad del siglo XIX, la mezcolanza de locos y delincuentes era común<sup>29</sup>. La idea de construir el primer manicomio judicial surge en 1886, propiciada por el avance alcanzado por la medicina legal en nuestro país, como

---

<sup>27</sup> 8. ESPINOSA IBORRA, J., La asistencia psiquiátrica

<sup>28</sup> HOWARD, John. “The State of the Prisons in England and Wales, with Preliminary Observations and an Account of some Foreign Prisons and Hospitals”. Edición francesa, État des prisons, des hospitaux et des maisons de force, París, Chez la Granje, 1788.

<sup>29</sup> ÁLVAREZ-URÍA, Fernando. “Miserables y locos”. Barcelona, Tusquets, 1983.

expusieron Simarro y Esquerdo<sup>30</sup>. Por Real Decreto de 13 de diciembre de 1886 se dispuso la creación en Madrid de un Manicomio Penal, pero que no llegó a materializarse<sup>31</sup>. A partir de 1887 se irían trasladando reclusos enajenados al Manicomio de Santa Isabel de Leganés<sup>323334</sup>, que constituye el precedente más antiguo de destino de "locos delincuentes". La masificación provocada por el elevado número de ingresos produjo alteraciones institucionales que conducirían pronto a su expulsión.

El primer psiquiátrico penitenciario improvisado, dotado de un Reglamento provisional por Real Orden de 20 de marzo de 1894, fue la Penitenciaría Hospital de El Puerto de Santa María. Este centro contaba entonces con cinco secciones: la de ancianos, de inútiles, de enfermos crónicos, de enfermos agudos y la de enfermos mentales. La 5.<sup>a</sup> sección se dividió, a su vez, en las dependencias de tranquilos, semi-tranquilos, agitados, sucios, epilépticos y enfermos en observación<sup>35</sup>.

La creación de un establecimiento penitenciario-psiquiátrico no sólo era necesaria por las consideraciones doctrinales, sino también, por los inconvenientes regimentales provocados por enfermos mentales exentos de responsabilidad penal, al permanecer ingresados en las cárceles ordinarias, donde, por otra parte, se agravaban sus males y provocaban alteraciones del régimen de vida y disciplina.

Las dificultades presupuestarias dilataron la creación de un psiquiátrico penitenciario suficientemente dotado<sup>36</sup>, a pesar de las prescripciones para la construcción de contenidas en sucesivos Reales Decretos de 1 de septiembre de 1897 y de 26 de enero de 1912, continuándose la habilitación de las dependencias de la Penitenciaría

---

<sup>30</sup> ESPINOSA IBORRA, J., "La asistencia psiquiátrica en la España del siglo XIX". Valencia, 1966.

<sup>31</sup> CUELLO CALÓN, Eugenio. "Penología. Las penas y las medidas de seguridad. Su ejecución". Madrid, Reus, 1920.

<sup>32</sup> BARRIOS FLORES, L. F., "Un siglo de psiquiatría penitenciaria", Revista de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria, 2000, 2, 1, pp. 23-30.

<sup>33</sup> VILLASANTE ARMAS, Olga. "Las tres primeras décadas de la Casa de Dementes de Santa Isabel de Leganés: un frustrado proyecto de Manicomio-Modelo", Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria, 2002, 2, 2, pp. 139-162.

<sup>34</sup> MOLLEJO, E., y otros, "La práctica clínica en el manicomio de Leganés (1852-1936). Primera aproximación al estudio de sus historias clínicas", en MARTÍNEZ PÉREZ, J., y otros (eds.), La medicina ante el nuevo milenio: una perspectiva histórica, Cuenca, Univ. Castilla-La Mancha, 2004.

<sup>35</sup> RIERA, Juan. "Los hospitales especializados en el siglo XIX", Asclepio, XXI, 1969.

<sup>36</sup> BARRIOS FLORES, Luis Fernando. "La Psiquiatría Penitenciaria: perspectiva histórica y problemas presentes". Sociedad Española de Psiquiatría Legal. Edición III (enero-febrero 2003), pp. 17-30.

del Puerto de Santa María como "manicomio penitenciario provisional"<sup>37</sup>, aunque esta institución no fue la única en albergar a reclusos dementes.

El precedente de las actuales instituciones hospitalarias psiquiátricas penitenciarias es el Centro Asistencial Psiquiátrico Penitenciario de Madrid, en sus orígenes Instituto Psiquiátrico Penitenciario, cuya construcción se inició en 1944. Ubicado en el Complejo Penitenciario de Carabanchel, junto al Centro de Detención de Hombres, el Hospital General, el Reformatorio de Jóvenes y la Escuela de Estudios Penitenciarios, cubriría, a partir de entonces, las necesidades asistenciales específicamente psiquiátricas<sup>3839</sup>.

La reforma del Reglamento de Servicios de Prisiones de 1956 (RSP 1956), en 1968, cataloga al "Sanatorio Psiquiátrico Penitenciario" único establecimiento específico para enfermos mentales varones el Centro Asistencial Psiquiátrico Penitenciario de Madrid (art. 5.a). Por su parte, el establecimiento penitenciario de Yeserías acogería un departamento para mujeres enfermas mentales y otros dos centros especiales: el Departamento de Oligofrénicos de León, al que iban destinados "todos aquellos que presenten una debilidad de la inteligencia en cualquiera de sus grados", y el Centro de Psicópatas de Huesca, destinado a "internos que presenten dicha anormalidad" (arts. 23.f y h) RSP 1956, redactado según Decreto 162/1968, de 25 de enero.

El Departamento de Oligofrénicos de León fue suprimido por Orden de 225/990, creándose un Departamento análogo en Sevilla, que daría paso al Hospital Psiquiátrico Penitenciario de esta ciudad (Orden 1-6-1990) con capacidad para 150 camas. Por su parte, el Centro de Psicópatas de Huesca se suprimió por Orden de 22-5-1990 y sus pacientes trasladados al Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante. El Sanatorio Psiquiátrico Penitenciario de Madrid se suprimió por Orden de 22-5-1990.

### **Vida en prisión durante la Transición democrática**

En los comienzos de la era democrática, el estado en las prisiones era de una extremada inseguridad física y, sobre todo, jurídica, consecuencia del cúmulo de diversos factores. En primer, lugar la inadecuación de los medios materiales y

---

<sup>37</sup> CADALSO, Fernando. "Diccionario de legislación penal, procesal y de prisiones". Madrid, Imprenta de J. Góngora Álvarez, III, 1907.

<sup>38</sup> GARCÍA VALDÉS, Carlos. "La reforma penitenciaria española: textos y materiales para su estudio". Madrid, Instituto de Criminología de la Universidad Complutense de Madrid, 1981.

17. GARCÍA VALDÉS, Carlos. "Informe General, 1979". Madrid, Dirección General de Instituciones Penitenciarias, 1979.

<sup>39</sup> Ibid.

personales que cumplieran unos mínimos requisitos de calidad y suficiencia para alojar y atender a los internos, surgiendo la necesidad de adoptar un conjunto completo de medidas para aproximar la situación real a las exigencias del Estado democrático y social de derecho en construcción.

Por otra parte, la existencia de una clamorosa demanda de los internos, alimentada por diversos colectivos sociales, la COPEL<sup>40</sup> y partidos políticos en formación, para acceder a las ventajas de la nueva situación, reclamando la concesión de una amnistía de la que sí se benefició un sector minoritario del total de los presos. En tercer lugar, la solicitud del reconocimiento de derechos mínimos elementales, previamente inexistentes, así como la adopción de medidas tendentes a mejorar las condiciones de vida en el interior de las prisiones.

Tras la aprobación de la Constitución, se inicia la reforma penitenciaria con el abogado penalista Carlos García Valdés, como Director General de Prisiones, y la colaboración y apoyo en este periodo de un grupo de prestigiosos juristas y penitenciaristas.

Hoy día, es difícil imaginar la precaria situación que los profesionales penitenciarios debieron afrontar durante esta época convulsa. Fue una demostración del elevado nivel de compromiso, implicación y profesionalidad de los funcionarios de la Institución para dar respuesta a situaciones extremas y, especialmente, a las provocaciones provenientes de grupos terroristas que, de forma directa o indirecta, debieron sufrir estos profesionales, junto a sus familias, pagando algunos de ellos el servicio con su vida.

La reforma de la asistencia sanitaria penitenciaria de la década de los 80 y 90, se vio acelerada por la aparición de la pandemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, el SIDA, con elevadas cifras de morbilidad y mortalidad en la población penitenciaria, careciendo en su inicio de protocolos y conocimientos para su tratamiento y prevención adecuados.

Esta pandemia también influyó en la reforma de la normativa penitenciaria, concretamente, en la regulación de la libertad condicional, que eximía para su concesión del requisito de cumplimiento de las tres cuartas partes de la condena para los septuagenarios y a los enfermos muy graves con padecimientos incurables.

---

<sup>40</sup> Coordinadora de Presos en Lucha (COPEL), nacida en 1976 en la cárcel de Carabanchel con el objetivo de conseguir la Amnistía General y el cambio de las normas de vida en el interior de las prisiones.

Se cumplía, así, con las previsiones establecidas por la Organización Mundial de la Salud y por el Consejo de Europa, que abogaban por la concesión de la libertad condicional de todos los presos que se encontraran en fases terminales de enfermedad, incluido el SIDA, y su ingreso en hospitales especializados atendiendo a razones humanitarias<sup>41</sup>.

El mayor y mejor control del Sida y de los problemas derivados de la drogodependencia que asolaron las prisiones europeas y españolas en las décadas de los años 80 y 90 es hoy una realidad en prisión.

La Ley Orgánica General Penitenciaria<sup>42</sup>, es la más antigua de la democracia con este rango Su posterior desarrollo reglamentario establece las actuales condiciones de las penas privativas de libertad. Tras casi cuatro décadas fundamentando y tutelando la ejecución de la privación penal de libertad en nuestro país, está pendiente de una nueva formulación, tras la última reforma del Código Penal mediante Ley Orgánica 1/2015 de 30 de marzo

### **Situación actual de la Sanidad Penitenciaria**

La Institución Penitenciaria tiene asignada entre sus competencias, velar por la vida, integridad y salud de los internos. A este respecto mantiene, en los establecimientos de ella dependientes, la cobertura sanitaria correspondiente al nivel de Atención Primaria de Salud (arts. 3 y 4 LOGP). La Ley General de Sanidad<sup>43</sup> garantiza los derechos de los internos y su acceso a las prestaciones sanitarias en condiciones de igualdad efectiva, siendo competencia de las Administraciones la organización y desarrollo de todas las acciones preventivas y asistenciales dentro de una concepción integral del sistema sanitario.

La sanidad penitenciaria se corresponde, por tanto, con toda actividad promovida en los centros penitenciarios encaminada hacia la prevención y la restauración de alteraciones de la salud, la promoción de hábitos de vida saludable y la reinserción social de personas con privación de la libertad, enmarcados en un ámbito de equidad

---

<sup>41</sup> Declaración de la Reunión consultiva sobre Prevención y Lucha contra el Sida en las Cárceles (O.M.S.): “a los presos con sida se les debe ofrecer la liberación anticipada, por razones humanitarias, a fin de que puedan morir con dignidad y en libertad”. Por su parte, el Consejo de Europa, en la Recomendación 1.080 (1988), de la Asamblea Parlamentaria: “Recomienda al Comité de Ministros a invitar a los gobiernos de los Estados miembros... a transferir a todos los detenidos que han desarrollado el sida a hospitales especializados, y a permitir la liberación definitiva de los presos mortalmente enfermos, por razones humanitarias”.

<sup>42</sup> Ley Orgánica General Penitenciaria 1/1979, de 26 septiembre 1979. BOE núm. 239/1979, (Oct. 5. 1979)

<sup>43</sup> . Ley 14/1986, del 25 de abril, General de Sanidad.

efectiva (en relación a la atención extra-penitenciaria), sin menoscabo de su condición, para la lucha contra las desigualdades en salud; y siendo las administraciones penitenciarias responsables del desarrollo de todas estas actividades dentro de una concepción integral del sistema sanitario tal y como se recoge en los artículos 3, 4, 10 y 12 de la Ley General de Sanidad.

En consonancia con nuestro entorno europeo, la legislación sobre esta materia considera que las personas que están internadas en prisión deben tener los mismos derechos y prestaciones sanitarias que el resto de la ciudadanía con las limitaciones propias, en lo que concierne al ejercicio, y no a su contenido, derivadas de esta situación.

El objetivo principal es, por tanto, garantizar los derechos de los internos como usuarios de los servicios de salud, la accesibilidad de este colectivo a los recursos sanitarios, la calidad de las prestaciones sanitarias penitenciarias y la equidad en el acceso a los cuidados.

Por otra parte, la Institución Penitenciaria está encaminada hacia el cumplimiento de las penas judiciales, asegurando la custodia de los reclusos y protegiendo su integridad, tanto física, como mental, pero atendiendo a lo que recoge el artículo 25.2 de nuestra Constitución, al estar sus objetivos principales orientados hacia la rehabilitación de los reclusos a una vida en libertad en la que prime el respeto por las normas sociales y legales<sup>44</sup>.

### **Organización de la Administración Penitenciaria**

La Administración Penitenciaria depende de la Administración General del Estado. La administración de la política penitenciaria es competencia del Ministerio del Interior a través de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias que se articula en unidades técnicas y funcionales de diferente rango administrativo y en una red de servicios periféricos constituidos por los centros penitenciarios, los centros de inserción social y los servicios de gestión de penas y medidas alternativas.

La Secretaría General de Instituciones Penitenciarias constituye los denominados Servicios Centrales<sup>45</sup>. Está articulada en unidades técnicas y funcionales de diferente rango administrativo. Desde los servicios centrales de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias se lleva a cabo la dirección, el impulso, la coordinación y la supervisión de los servicios periféricos que están integrados por una organización de

---

<sup>44</sup> Artículo 25.2 Constitución española 29/12/1978 BOE-A-1978-31229

<sup>45</sup><http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/administracionPenitenciaria/organizacion/serviciosCentrales/estructuraOrganizativa.html>

Centros Penitenciarios y Centros de Inserción Social repartidos por todas las comunidades autónomas, a excepción de Cataluña, que tiene transferidas las competencias en materia penitenciaria desde 1983 y el País Vasco que tiene transferidas competencias en materia sanitaria.

En total hay una red de establecimientos penitenciarios distribuidos por la geografía nacional integrada por 69 Centros Penitenciarios para el cumplimiento de penas, medidas de seguridad y para prisión preventiva; 32 Centros de Inserción Social, 13 de ellos Centros de Inserción Social con plena autonomía organizativa y funcional y 19 dependientes; 21 Secciones Abiertas; 3 Unidades de Madres y 2 Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios (Sevilla y Alicante).

Dicha estructura permite el correcto funcionamiento interno de cada centro y posibilita la continua relación y coordinación con los Servicios Centrales ubicados en Madrid.

En dichos establecimientos desarrollan su labor profesionales funcionarios y laborales cuyo objetivo es la reeducación y reinserción social de los penados, y al mismo tiempo, garantizar la seguridad y la custodia de las personas encomendadas a la institución.

### **Tipos de establecimientos penitenciarios**

La Ley Orgánica Penitenciaria establece en el artículo 7 que los establecimientos penitenciarios pueden ser de preventivos, de cumplimiento y especiales y el artículo 11 establece que “Los establecimientos especiales son aquéllos en los que prevalece el carácter asistencial y serán de los siguientes tipos: a) centros hospitalarios; b) centros psiquiátricos; c) centros de rehabilitación social, para la ejecución de las medidas penales, de conformidad con la legislación vigente en la materia”.

### **Población reclusa**

Según datos de las estadísticas semanales de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias<sup>46</sup>, a fecha 15 de noviembre el número total de reclusos, incluida Cataluña, es de 59.656, de los cuáles el 92,52 % son varones y el 7,48% mujeres. Distribuidos en los tres centros penitenciarios de la región de Murcia hay un total de 1.698 internos, de ellos 297 son preventivos y 1.401 penados.

El porcentaje de mujeres ha experimentado un incremento en los últimos años debido al gran número de mujeres extranjeras que cumplen condenas largas por tráfico de estupefacientes. El promedio de población reclusa femenina en el resto de países

---

<sup>46</sup><http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/documentos/estadisticas.html?r=s&asem=2017&msem=11&dsem=13&ts=GEN>

Europeos es inferior a la española encontrándose entre el 4% y el 6%, excepto Portugal, que nos supera con un 10% de mujeres reclusas.

El hospital psiquiátrico de Alicante cuenta con 280 enfermos mentales (244 hombres y 36 mujeres) y el hospital psiquiátrico de Sevilla cuenta con 161 pacientes todos ellos varones.

Distribuidos en los tres centros penitenciarios de la región de Murcia hay un total de 1,698 internos, de los cuales 297 son preventivos y 1.401 penados a fecha 15 de noviembre 2017

La tasa de población reclusa es de 128 por cada 100.000 habitantes, similar a la de los años 2003-2004, para una población total estimada de 46,6 millones de habitantes a fecha 30 de septiembre de 2017 según datos de EUROSTAT<sup>47</sup>.

El 14,65% del total de internos son presos preventivos, a la espera de juicio y el resto penados, con una duración media de condena en torno a los dos años.

Por edades, los jóvenes entre 18 y 21 años está en torno al 1,4%. El grupo mayoritario está entre los 31 y 40 años de edad con un 31,8%, seguido muy de cerca por el grupo de edad entre los 41 y 60 años con una 31,4%.

En cuanto a la tipología delictiva, el delito más común es de robos, seguido por delitos contra la salud pública o tráfico de drogas, violencia de género y homicidios o intentos de homicidio.

### **Repercusiones de la enfermedad mental en la sociedad**

En conjunto, los trastornos mentales constituyen la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad en Europa, por delante de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer<sup>48</sup>. Constituyen la primera causa de la carga global de las enfermedades<sup>49</sup> a nivel mundial con una carga de aproximadamente un 14%, debido a su cronicidad, como la depresión, situada por encima de otras enfermedades crónicas como el cáncer, o los accidentes cardiovasculares.

---

<sup>47</sup> <http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/>

<sup>48</sup> Andlin-Sobocki P, Rössler W. Cost of psychotic disorders in Europe. Eur J Neurol 2005; 12: 74-77. La carga de la enfermedad es un conjunto de estimaciones de morbilidad y mortalidad en las poblaciones. Permite cuantificar de forma comparativa la pérdida del estado salud debido a distintas patologías, lesiones y factores de riesgo, según variables de persona, tiempo y lugar.

<sup>49</sup> M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maseko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. Global mental health 1: No health without mental health. Lancet, 370 (9590), (2007). 859-877. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61238-0

Los trastornos mentales, son además, la causa más frecuente de carga de enfermedad en Europa<sup>50</sup>, constituyen un desafío creciente por su dimensión en términos sanitarios y por sus efectos sociales sobre la prosperidad, solidaridad y respeto por los derechos fundamentales y dignidad de los enfermos<sup>51</sup>.

Es la causa del 25,3% de días perdidos y el 33,5% de años perdidos por discapacidad en los países de ingresos bajos y medios respectivamente<sup>52</sup>, previendo que para el año 2020 la carga correspondiente a esos trastornos habrá aumentado en un 15%<sup>53</sup> con grandes repercusiones económicas, directas e indirectas. Sus servicios son costosos y suponen un alto impacto negativo en la calidad de vida de los afectados y sus familias con un gran sufrimiento para ambos.

La depresión unipolar figura como tercera causa de carga de enfermedad, detrás de la isquemia coronaria y de los accidentes cerebrovasculares, explicando el 6% de la carga causada por todas las enfermedades<sup>54</sup>.

Se estima una carga de enfermedad en Europa entre el 3 y el 4% del PNB, por encima de los 182.000 millones de euros anuales, de los cuales el 46% corresponde a costes sanitarios y sociales directos, y el resto a gastos indirectos debidos a la pérdida de productividad, asociada fundamentalmente a la incapacidad laboral. Los trastornos mentales son la causa del 10,5% de días perdidos por incapacidad temporal, y en torno al 6,8% de los años de vida laboral perdidos por invalidez permanente<sup>55</sup>.

En España, excluyendo los trastornos causados por el uso indebido de sustancias, se puede afirmar que el 9% de la población padece al menos un trastorno mental en la

---

<sup>50</sup> Andlin-Sobocki P, Rössler W. Cost of psychotic disorders in Europe. Eur J Neurol. 2005; 12: 74-7.

<sup>51</sup> Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. [Internet] Bruselas: Comisión de las Comunidades Europeas; 2005. Disponible en: [http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/es/com/2005/com2005\\_0484es01.pdf](http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/es/com/2005/com2005_0484es01.pdf)

<sup>52</sup> Organización Mundial de la Salud. (2013). Informe sobre la salud en el mundo 2013. Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Ginebra: OMS. En: <http://www.who.int/whr/2013/report/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de Acción sobre salud mental 2013-2017. Ginebra: OMS. Recuperado de

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf?ua=1)OMS, 2013)

<sup>53</sup> OMS (2001) Organización Mundial de la Salud. (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001. Recuperado de [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1)

<sup>54</sup> Olesen J, Leonardi M. The burden of brain diseases in Europe. Eur J Neurol 2003; 10 (5):471-477.

<sup>55</sup> El coste social de los trastornos de salud en España. Libro Blanco Estudio Socioeconómico. Madrid: Smithkline Beecham Pharmaceuticals, 1998.

actualidad, que algo más del 15% lo padecerá a lo largo de su vida y que estas cifras se incrementarán considerablemente en el futuro<sup>56</sup>. A estas cifras hay que añadir que más de la mitad de las personas que necesitan tratamiento no lo reciben y, de las que están en tratamiento, un porcentaje significativo no recibe el adecuado.

La tasa de mortalidad por suicidio ajustada para la edad y el sexo de las personas que padecen un trastorno esquizofrénico; es 9 veces mayor que la de la población general. En la depresión mayor; el riesgo de suicidio se multiplica por 21; en los trastornos de la alimentación por 33 y en las toxicomanías por 86<sup>57</sup>.

El enfoque de determinadas noticias por los medios de comunicación relativas a criminalidad, accidentes de tráfico, abusos y violencia doméstica o de género, vagabundeo, hacen que se produzca una asociación entre enfermo mental y delincuencia en el imaginario colectivo.

En realidad, los estudios realizados muestran que los enfermos con trastornos mentales contribuyen poco a elevar el número de delitos; sin embargo esta asociación constituye un motivo de creciente inseguridad percibida por los ciudadanos<sup>58</sup>, por lo que es fundamental tomar iniciativas que aumenten el conocimiento de la enfermedad mental y ayuden a reducir el estigma y la marginación asociados a las personas que sufren estos trastornos y a sus familiares<sup>596061</sup>.

Estos trastornos se pueden diagnosticar y tratar de forma eficaz. Los factores más frecuentemente relacionados con la aparición y evolución de los trastornos mentales son ambientales y sociales, como los conflictos y los desastres, la pobreza, el entorno familiar y social, la carencia de un hogar o el encarcelamiento; factores biológicos u

---

<sup>56</sup> Haro JM, Palacín C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. Prevalencia y factores asociados de los trastornos mentales en España: Resultados del estudio ESEMED-España. *Med Clin (Barc)* 2006; 126 (12): 442-451.

<sup>57</sup> Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 11-53.

<sup>58</sup> Muñoz M, Vázquez C, Bermejo M, Vázquez JJ, Sanz J. Trastornos mentales (DSM-III-R) de las personas sin hogar en Madrid: un estudio utilizando la CIDI (Composite International Diagnostic Interview). *Arch eurobiol* 1996; 59: 270-282

<sup>59</sup> Rodríguez A (Coord). *Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos*. Madrid: Editorial Pirámide, 1997.

<sup>60</sup> Gisbert C, Arias P, Camps C, Cifre A, Chicharro F, Fernández J, González J, Mayoral F, Moro J, Pérez F, Rodríguez A, Uriarte JJ. *Rehabilitación Psicosocial del trastorno mental severo. Situación actual y recomendaciones Intervención Social*. Madrid: INSERSO. Ministerio de Asuntos Sociales, 1991. Colección Servicios Sociales n.º 9.

<sup>61</sup> Rodríguez A. *Rehabilitación Psicosocial y Soporte Comunitario del Enfermo Mental Crónico*. III Jornadas de Psicología de la Intervención Social. Madrid: INSERSO, 1993. Colección Servicios Sociales del Ministerio de Asuntos Sociales n.º 9.

orgánicos como las grandes enfermedades físicas crónicas que se acompañan de una importante discapacidad y los factores individuales como la edad y el sexo, entre otros.

Es frecuente la comorbilidad psiquiátrica con aparición de más de un diagnóstico psiquiátrico en la misma persona lo que conlleva un mayor grado de discapacidad. La comorbilidad puede deberse a la coexistencia de trastorno mental y trastorno por consumo de sustancias, lo que se conoce como patología dual; a la asociación de trastornos físicos y mentales en edades avanzadas y a la coexistencia de trastornos de ansiedad y depresión<sup>62</sup>. Los estudios muestran una mayor comorbilidad en los trastornos por consumo de alcohol, el trastorno por ansiedad generalizada y los trastornos afectivos y trastornos por ansiedad.

Kessler en 1994<sup>63</sup> llevó a cabo un estudio en Estados Unidos a nivel nacional demostrando los resultados que la comorbilidad afectaba al 79% de todas las personas enfermas. En otro estudio posterior realizado a gran escala por Kessler y colaboradores en 2005<sup>64</sup> encontraron un porcentaje elevado alcanzando la tasa de comorbilidad casi un 50%, siendo el estrés uno de los factores más influyentes en el desarrollo de otros trastornos según el estudio de Krueger y otros<sup>65</sup>.

Las personas que sufren trastornos mentales presentan tasas desproporcionadas de discapacidad y mortalidad, siendo más sensibles a padecer otras enfermedades como cáncer, enfermedades cardiovasculares y VIH/SIDA.

La enfermedad mental se asocia, en muchos casos, a situaciones de estigmatización, discriminación y marginación, que les lleva a sufrir frecuentes violaciones de los derechos humanos que les conduce a la exclusión y marginación de la sociedad. El estigma, acompañado de situaciones de discriminación y marginación, es sufrido

---

<sup>62</sup> Autonell, J., Vila, F., Pinto-Meza, A., Vilagut, G., Codony, M., Almansa, J., Muñoz, P...& Almansa, J. (2007). Prevalencia-año de la comorbilidad de los trastornos mentales y factores de riesgo sociodemográficos asociados en la población general de España. Resultados del Estudio ESEMeD España. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(suppl.2), 4-11. Recuperado de: <http://publicfiles.prbb.org/publicacions/3c4bfbf0-0b5e-012e-a84a000c293b26d5.pdf>

<sup>63</sup> Kessler, R. C., McGongale, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshelman, S., Wittchen, H. U & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the Nacional Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8-19. doi:10.1001/archpsyc.1994.03950010008002

<sup>64</sup> Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the Nacional Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627. doi:10.1001/archpsyc.62.6.617

<sup>65</sup> Krueger, R. F., Caspi, A., Moffitt, T. E., & Silva, P. A. (1998). The structure and stability of common mental disorders (DSM-III-R): A longitudinal-epidemiological study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(2), 216-227. doi: 10.1037/0021- 843X.107.2.216

también por las familias de los pacientes, los profesionales que les atienden y personas con las que se relacionen, es el denominado estigma por asociación<sup>66</sup>.

Esta situación influye de forma negativa en la recuperación e integración social dificultando su acceso a recursos comunitarios como el empleo, la educación o la sanidad.

### **Estudios sobre salud mental en el medio penitenciario**

El “Mentally Disordered Persons in European Prison Systems. Needs, Programmes and Outcome (EUPRIS 2007)”<sup>67</sup> es un estudio llevado a cabo en 24 países europeos, cuyos resultados mostraron que el número de enfermos mentales en prisión es mayor que en la población general y la cifra va en aumento.

Las causas de este aumento son múltiples. Entre ellas destacan el riesgo asociado a la exclusión social, tan frecuente en las personas recluidas; el fracaso en la asistencia comunitaria y la consecuente cronificación de la patología mental que sufre el paciente y la desinstitutionalización de internos con enfermedad mental que son puestos en libertad sin una alternativa de derivación adecuada a la patología que padece.

Las “Encuestas de Salud Mental”, constituyen un estudio multicéntrico puesto en marcha por la Organización Mundial de la Salud, que pretende estudiar la prevalencia de trastornos mentales, la discapacidad asociada y el tratamiento recibido por las personas con trastornos mentales a escala mundial. El estudio ha proporcionado una cantidad sin precedentes de datos de alta calidad sobre la población mundial de la epidemiología de los trastornos mentales<sup>68</sup>.

El “European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)”. Es el primer estudio en destacar la magnitud de los trastornos mentales en seis países de la Unión Europea, incluida España. Una muestra representativa de población general (n = 21425) de más de 18 años de edad fue entrevistada durante enero de 2001 y agosto de 2003. El estudio determinó que la tasa de prevalencia-vida en Europa para los

---

<sup>66</sup> Muñoz, M., Guillén, A. I., & Pérez-Santos, E. (2013). La lucha contra el estigma de la enfermedad mental: razones para la esperanza. *Rehabilitación Psicosocial*, 10(2), 10-19. Recuperado de:

<http://www.fearp.org/revista/publicados/10b/1019.pdf>

<sup>67</sup> Mentally Disordered Persons in European Prison Systems - Needs, Programmes and Outcome (EUPRIS) Final Report – October 31, 2007

[http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/2004/action1/docs/action1\\_2004\\_frep\\_17\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action1/docs/action1_2004_frep_17_en.pdf)

<sup>68</sup> Kessler RC, Üstun TB. The World Health Organization, World Mental Health 2000 Initiative. *Hospital Management International*, 2000, p 195-196.

trastornos mentales comunes (incluyendo los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo) era del 25% y la de prevalencia-año del 9,8 %

En relación a la Tasa prevalencia vida un 14% habían sufrido algún trastorno del estado de ánimo; un 13,6% algún trastorno de ansiedad y un 5,2% había sufrido un trastorno por abuso de alcohol.

En cuanto a la prevalencia-año el estudio mostró que más del 6% de las personas estudiadas habían sufrido un trastorno de ansiedad; un 4,2% algún trastorno del estado de ánimo y un 1,0% algún trastorno por abuso de alcohol en el último año.

Los trastornos mentales más frecuentes encontrados fueron la depresión mayor y las fobias específicas. Los trastornos del estado de ánimo fueron dos veces más frecuentes en mujeres, mientras que los hombres eran más susceptibles de padecer trastornos por abuso de alcohol<sup>69</sup>.

El estudio del “Eurobarómetro” concluye que la tasa de prevalencia de casos probables de trastorno mental común en Europa es el 23,4% de la población adulta. Los países con mayor prevalencia de casos probables en Europa son Francia (25,9%), Italia (30,2%) y Gran Bretaña (31,5%)<sup>70</sup>. En la estimación de la prevalencia se incluyen los trastornos por uso de alcohol.

### **Estudios sobre salud mental en el medio penitenciario en España**

En España, se han realizado dos estudios para conocer el número y el tipo de enfermos mentales que se encuentran en prisión, el primero en el año 2006 y el segundo en el año 2009.

En el año 2006, la entonces Dirección General de Instituciones Penitenciarias realizó un Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario<sup>71</sup>, los datos fueron similares a los obtenidos en un segundo estudio epidemiológico realizado en 2009 que fueron recogidos en el “Informe de Prevalencia de Trastornos Mentales en Centros Penitenciarios Españoles”, denominado Informe PRECA<sup>72</sup>.

---

<sup>69</sup> ESEMeD/MEDHEA 2000. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psych Scand 2004; 109 Suppl 420: 1-64.

<sup>70</sup> The European Opinion Research Group (2002). The Mental Health Status of the European Population. Eurobarometer 58.2. Disponible en [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental\\_eurobaro.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental_eurobaro.pdf)

<sup>71</sup> Estudio sobre la salud mental en el medio penitenciario. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. 2007

<sup>72</sup> Informe Prevalencia de trastornos mentales en centros penitenciarios españoles (Estudio PRECA), Grupo PRECA, Barcelona 2011.

Los resultados mostraron una prevalencia de patología psiquiátrica en la población reclusa estudiada del 78,5%, alrededor de cinco veces más elevada que la de una muestra de varones de la población general española en el año 2006 con un 15,7%<sup>73</sup>. Las personas reclusas presentaban una probabilidad de padecer un trastorno psicótico y una depresión mayor de 2 a 4 veces más elevada que la población general; probabilidad hasta 10 veces mayor cuando se trataba de un trastorno antisocial de la personalidad.

El 25,6% de los internos (uno de cada cuatro) presentaba uno o varios diagnósticos de enfermedad mental; es decir, que implicaba una estimación de más 18.000 personas privadas de libertad con uno o varios diagnósticos psiquiátricos y 3.000 tenían un diagnóstico de Trastorno Psicótico, lo que suponía el 3,4% del total de la población reclusa. Estas cifras eran superiores a las encontradas en la población general. Elevada comorbilidad entre trastornos mentales y consumo de drogas, con una prevalencia estimada de patología dual del 46%, es decir, uno de cada dos reclusos. Estos datos son concordantes con otros estudios, lo que demuestra la íntima relación existente entre droga, delincuencia y prisión<sup>74</sup>.

Del mismo modo, señala la relevancia de la drogodependencia en el desarrollo de las enfermedades mentales, al observar que un 76% de los reclusos presentaba una historia de trastorno por consumo de sustancias, principalmente alcohol y cocaína e, igualmente, la mayor parte de los presos con trastornos afectivos, de ansiedad o psicóticos tenían también antecedentes de consumo de drogas.

El estudio mostró la estrecha relación existente entre consumo de drogas y trastornos mentales. De hecho, si se excluye la drogodependencia, se consigue una disminución importante en las tasas de enfermedad mental de los reclusos.

Además el Informe PRECA mostró que ocho de cada diez reclusos habían sufrido a lo largo de su vida un trastorno mental (84.4%) de los internos y que cuatro de cada diez presentaron un trastorno mental en el año en que se llevó a cabo el estudio (41.2%), en concreto Trastorno de Ansiedad el 23.3%; Abuso o Dependencia a drogas el

---

<sup>73</sup> Haro JM, Palacin C, Vilagut G, Martínez M, Bernal M, Luque I, et al. (2006) Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study. *Medicina Clínica* 126: 445–451. (Haro et al., 2006)

<sup>74</sup> JIMÉNEZ VILLAREJO, J. "La Droga en la Institución Carcelaria". *Revista de Estudios Penitenciarios* Nº 237. Madrid, 1987. Pág. 57. También GARCÍA VALDÉS, C: *Droga e Institución Penitenciaria*. Ed. De Palma. Buenos Aires, 1986. Pág. 55 o "La Droga en las Prisiones". *Cuadernos de Política Criminal* Nº 9. Madrid, 1979, Págs. 105 y ss. y DEL ROSAL BLASCO, B.: "El Tratamiento de los Toxicómanos en las Instituciones Penitenciarias". *Cuadernos de Política Criminal* Nº 25. Edersa. Madrid. 1986. Págs. 16 y ss.

17.5%; Trastorno Afectivo, generalmente depresivo el 14.9% y Trastorno Psicótico el 4.2%.

El 31 % de la población reclusa tiene prescrito tratamiento con psicofármacos; el 3,2% tenía antecedentes de ingresos en centro psiquiátrico en el año anterior al encarcelamiento.

Es importante destacar que aproximadamente el 67,7% de reclusos con enfermedad mental, no habían tenido una relación y seguimiento con los servicios de salud mental comunitarios<sup>75</sup>, antes de su ingreso en prisión y que aproximadamente 1.000 personas que se encontraban cumpliendo condena en el momento de realizarse el estudio tenían acreditada una discapacidad psíquica, lo que representa un 1,8% del total de entrevistados.

Dentro de la población penitenciaria, la población extranjera cabe considerarla como muy vulnerable, y que debido a su situación legal hacen difícil su vinculación a servicios sanitarios y sociales después del encarcelamiento.

El estudio señaló la difícil extrapolación de los datos obtenidos en muestras de un país a otro dada la heterogeneidad de la población penitenciaria y de las características particulares de los sistemas penales y psiquiátrico legales.

Como señalara en su momento la responsable de Instituciones Penitenciarias, los resultados de ambos estudios (PRECA e Interior) han sido muy similares<sup>7677</sup>, y son coincidentes con los obtenidos con otros informes.

### **Factores que favorecen internamiento de enfermos con Problemas de salud mental en prisión**

Tras la desaparición de los “manicomios” en la década de los 80, las personas allí tratadas han ido engrosando las estadísticas penitenciarias, convirtiéndose las cárceles en un recurso alternativo para personas con enfermedad mental<sup>78</sup>. Existe una relación entre enfermedad mental y consumo de sustancias tóxicas en personas reclusas.

---

<sup>75</sup> La Atención a la Salud Mental de la Población Reclusa. AEN. Asociación Española de Neurociología. 2003

<sup>76</sup> Aproximación a la metodología para el estudio de los Trastornos mentales en población penitenciaria. El estudio PreCa. E. Vicens Pons. Grupo PRECA. José Manuel Arroyo; Vicens Pons y otros. Revista Española de Sanidad Penitenciaria 2009.

<sup>77</sup> Estudio sobre la salud mental en el medio penitenciario. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. 2006.

<sup>78</sup> VAN SYL SMIT, D. y SNACKEN, S. Principios de Derecho y Política Penitenciaria Europea. Tirant lo Blanch. Valencia, 2013. Págs. 251 a 254.

Elevada prevalencia de suicidio en enfermos mentales privados de libertad por el impacto psicológico negativo que ello conlleva<sup>79</sup>.

La doble realidad, la de enfermo y delincuente, conduce a una doble estigmatización de estos pacientes y a una doble respuesta por parte de la sociedad y del sistema judicial. De un lado son considerados enfermos, por el trastorno mental que con frecuencia les ha llevado a cometer algún tipo de delito, y a la vez son considerados “peligrosos” y socialmente problemáticos por el delito cometido.

### **Repercusiones de la privación de libertad en un paciente con enfermedad mental**

En primer lugar no debemos olvidar que las personas privadas de libertad siguen formando parte de la sociedad a la que se reincorporarán una vez cumplida la condena.

Las personas con enfermedad mental, presentan alteraciones en sus capacidades funcionales y cognitivas, en su autonomía personal y social y en su esfera afectiva, así como la presencia de una sintomatología negativa que dificulta e incluso impide su adaptación a un entorno fundamentalmente regimental, en el que predomina el control, la disciplina, los horarios rígidos, la convivencia forzada. Todos estos factores conducen a la monotonía diaria carente de estímulos, que en la mayoría de las ocasiones conducen a estos pacientes al aislamiento emocional y a la frustración.

Como ya se ha expuesto anteriormente, existe una dualidad en relación al tratamiento que ha de darse al enfermo mental que ha cometido un delito. Así, gran parte de la literatura científica reconoce que el medio penitenciario no es el adecuado para tratar a enfermos con trastorno mental, especialmente a los considerados inimputables, prevaleciendo en este caso el tratamiento de la enfermedad sobre la respuesta punitiva.

En la mayoría de las ocasiones las personas con trastornos mentales que cometen delitos pasan inadvertidas durante el procedimiento judicial y son diagnosticadas y tratadas en los establecimientos penitenciarios. Son enfermos que al finalizar su condena regresan a la sociedad como ciudadanos libres, con demasiada frecuencia sin una derivación previa y adecuada con el consiguiente riesgo de reincidencia en el delito por falta de seguimiento y asistencia de los servicios sanitarios comunitarios una vez que alcanzan la libertad definitiva y deben incorporarse a la sociedad. En la calle, muchos son indigentes y adoptan formas de vida marginales, siendo frecuente la reincidencia.

---

<sup>79</sup> Recomendación N° R (98), 7 del Comité de Ministros del Consejo de Europa

Por otra parte, la enfermedad mental es una dolencia incapacitante, que impide al paciente que se halla privado de libertad adaptarse a la vida en prisión y que exige un tratamiento psicológico, psiquiátrico y farmacológico en muchos casos incompatibles con la permanencia en un centro cerrado.

Generalmente, se trata de enfermos mentales sin acogida familiar ni medios económicos, muchos de ellos con patología dual y sin relaciones con el exterior.

Estos trastornos persistentes y crónicos precisan de una intervención psicológica, social y sanitaria adecuada que, de no aplicarse, se verá agravada en el ámbito penitenciario, tendiendo hacia un progresivo deterioro y mayor grado de discapacidad y pérdida de autonomía.

Si ingresan en prisión, el deterioro progresivo y la falta de adaptación, conlleva con frecuencia a que muchos de estos pacientes no lleguen a disfrutar de los mismos derechos y beneficios penitenciarios que el resto de población reclusa que han cometido delitos similares.

En este sentido el éxito de la rehabilitación del enfermo mental durante su permanencia en prisión y la adecuada derivación a los recursos sociales comunitarios, son factores positivos que disminuyen el riesgo de reincidencia de los comportamientos antisociales y por otra parte, garantizan la equivalencia y continuidad del tratamiento recibido por el paciente y su seguimiento por los servicios de salud mental de la comunidad correspondiente.

Los servicios sanitarios penitenciarios atienden a un elevado número de pacientes con trastornos mentales. Estos trastornos pueden estar presentes en el momento del ingreso en prisión, pueden aparecer o exacerbarse durante el tiempo de permanencia en prisión.

Esta realidad concuerda con los datos obtenidos en el informe anual de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias correspondiente al año 2016, muestran la elevada demanda de asistencia psiquiátrica especializada que alcanza el 22,8% del total de consultas realizadas por especialidades por la población total de internos en centros penitenciarios de régimen ordinario, alcanzando el 91,7% de las consultas especializadas en los hospitales psiquiátricos penitenciarios el número de consultas especializadas.

### **Enfermedad Mental y Judicialización**

En relación a las situaciones jurídicas en las que puede encontrarse una persona con trastorno mental que ha cometido un delito son las de Imputado o procesado, situación

en la que un procedimiento penal se dirige contra una persona. En este momento se hace necesaria una valoración del estado mental de la persona a fin de evitar que la enajenación mental, si la hubiere, pase inadvertida; Preventivo situación donde hay existencia de indicios racionales de criminalidad y por ello es sometida a una medida cautelar de prisión preventiva; Condenado, se refiere a la participación de la persona en un hecho calificado como delito o falta y que ha quedado demostrada y en consecuencia le es impuesta una pena; Penado, situación de condena a una pena privativa de libertad, cuyo cumplimiento se realiza en un centro penitenciario ordinario y sometido a medida de seguridad: situación en la que habiendo sido probada la participación de la persona en un hecho delictivo, ha sido estimada su inimputabilidad de forma completa o incompleta no siendo culpable de los actos delictivos.

### **Formas Especiales de Ejecución**

El artículo 11 de la L.O.G.P. tipifica a los hospitales psiquiátricos penitenciarios como centros especiales. Hoy existen en España dos hospitales psiquiátricos, en Sevilla y Alicante, destinados al cumplimiento de las medidas de seguridad acordadas en procesos penales.

Los hospitales psiquiátricos dependientes del sistema penitenciario se encuentran sobreocupados porque soportan una excesiva derivación de enfermos que han entrado en el sistema judicial pero que no encajan en el perfil clínico de un enfermo mental que precisa asistencia hospitalaria. Las causas de esta derivación inadecuada son múltiples. La descoordinación entre la administración judicial, penal y socio-asistencial, la estigmatización de estos enfermos, que causa rechazo en los recursos comunitarios de los que podrían beneficiarse, la presión social ante la enfermedad mental para que prime la seguridad frente a la rehabilitación, la ausencia de políticas de prevención y control de la enfermedad mental en pacientes crónicos con una red de apoyo social deficitaria. Estas carencias influyen en el empeoramiento de estos enfermos y manifiesten comportamientos antisociales, en ocasiones reiterados y finalmente graves.

En los casos de internos con patología psiquiátrica sobrevenida, el ingreso en estos Establecimientos se realiza si la autoridad judicial así lo decide, para que el interno sea observado y se emita informe. Una vez emitido dicho informe, si la autoridad judicial no decidiese la libertad del interno, el Centro Directivo podrá disponer su traslado al Centro que le corresponda.

Tienen como objetivo favorecer el proceso de reincorporación social con salidas terapéuticas y programadas al exterior, permisos de salida, comunicaciones

especiales, potenciación del régimen de Medio Abierto que se desarrollan en los Centros de Inserción Social, potenciando la colaboración de entidades públicas y privadas dedicadas a la asistencia de los reclusos, plasmándose así en el artículo 62 de la norma reglamentaria.

Por otra parte el doble estigma de las personas con trastorno mental sometidas a un proceso con la justicia, les discrimina a la hora de poder acceder a los tratamientos rehabilitadores, ya que primero se les considera criminales y luego enfermos.

Concibiéndose como instrumentos para el tratamiento de colectivos específicos de penados que permiten utilizar los recursos extra-penitenciarios existentes en la sociedad a la que se encomienda su gestión por vía de las entidades colaboradoras, se prevén como formas especiales de ejecución los Centros de Inserción Social (artículos 163 y 164), las Unidades Dependientes (artículo 165) y las Unidades extra-penitenciarias (artículo 182). El fundamento en estos supuestos es terapéutico y tratamental potenciando la entrada en prisión de la sociedad y el contacto familiar para fortalecer los vínculos entre los internos, su entorno social y la comunidad, en línea con las conclusiones de las Naciones Unidas en su reunión de Tokio de diciembre de 1990 sobre prevención del delito y tratamiento del delincuente, recomendando la adopción de medidas mínimas sobre penas no privativas de libertad.

Relevante por su contenido es la importancia dada a la participación de la sociedad en la reintegración del delincuente, subsanando y fortaleciendo la relación deteriorada delincuente-sociedad y alentando la búsqueda de soluciones no privativas de libertad.

Las medidas de seguridad aplicadas por los tribunales pueden ser: privativas y no privativas de libertad.

Medidas de seguridad privativas de libertad que son aquellas que se cumplen en establecimientos específicos adecuados a la patología del penado y que se recogen en la legislación penitenciaria. Estas medidas pueden cumplirse en un centro psiquiátrico; en un centro de deshabitación y en un centro educativo especial.

Las medidas de seguridad no privativas de libertad son aquellas en las que la persona cumple la pena impuesta en la comunidad, sometidos a custodia familiar; a tratamiento externo en centros médicos o establecimientos de carácter sociosanitario; y/o sometimiento a programas de tipo formativo, cultural, educativo, profesional, de educación sexual y otros similares.

## **Enfermedad Mental y prisión. Programas de intervención**

La respuesta a esta situación que la administración penitenciaria en España puso en marcha para el territorio nacional, salvo Cataluña, se concentró en el Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales<sup>80</sup> en 2009 y la nueva versión el PAIEM renovado implantado a partir de 2013<sup>81</sup> se desarrolla en los centros penitenciarios de régimen ordinario.

Para cumplir los objetivos, el equipo Multidisciplinar de Salud Mental realiza sus intervenciones en base a un Programa de Intervención Individualizado (PIR) elaborado para cada paciente y sirve de conexión con otros programas específicos de tratamiento, como el de las adicciones, que proporciona el Grupo de Atención a los Drogodependientes (GAD) o el programa de Discapacitados Intelectuales.

La experiencia de un programa piloto para la derivación efectiva a recursos socio-sanitarios de la comunidad, de internos con enfermedad mental en prisión que se había puesto en marcha en junio de 2010, con el equipo de profesionales del Centro de Inserción Social Victoria Kent de Madrid y la Fundación Manantial, obtuvo unas tasas de derivación adecuadas de personas con enfermedad mental del 70%.

Estos resultados y con el objetivo de mejorar la eficacia de las derivaciones se implantó en 2014 el Programa de Mediación Social en los Centros de Inserción Social para enfermos mentales en una primera serie reducida de CIS, entre los que se encuentra el CIS Guillermo Miranda y en 2016 se extendiera a un total de 19 Centros de Inserción Social.

El equipo multidisciplinar del programa denominado Unidades Puente, son las encargadas de elaborar un Programa Individualizado de Rehabilitación (PIR) contando con la colaboración imprescindible del Tercer Sector.

En el último trimestre de 2015 se realizó una primera evaluación del proceso de implantación del programa con unos resultados que mejoraban la tasa de derivaciones adecuadas de enfermos mentales graves que había pasado desde el 30% inicial al 80% a través de la Unidad Puente.

En relación a los penados incluidos en programas de la Secretaría General, según datos del informe general correspondiente a 2016, a 31 de diciembre el PAIEM se desarrollaba en 66 centros penitenciarios, atendiendo a 1.926 internos en actividades

---

<sup>80</sup> [www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/Reeducacion/ProgramasEspecificos/enfermosMentales.html](http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/Reeducacion/ProgramasEspecificos/enfermosMentales.html).

<sup>81</sup> Plan para la Atención Integral a enfermos mentales en los Centros penitenciarios (PAIEM).

de rehabilitación y reinserción, lo que se corresponde con el 4,5% de la población de régimen cerrado y ordinario. Los datos referidos los pacientes incluidos en el programa PUENTE en la misma fecha, desarrollado en los Centros de Inserción Social, suponen el 3,6% de la población reclusa en Medio Abierto, correspondiendo a un total de 109 penados<sup>82</sup>.

Estos datos ponen de manifiesto la necesidad de prestar una atención continuada especializada psiquiátrica y psicosocial a las personas con enfermedad mental privadas de libertad.

Para evitar las causas que provocan la carga de enfermedad mental resulta imprescindible una mayor coordinación interinstitucional<sup>83</sup>. Para ello se está llevando a cabo la elaboración de un Documento de consenso que una vez finalizado, contiene los datos y experiencias aportadas durante los últimos dos años de trabajo. Las actuaciones y protocolos contenidos en este documento fomentarán la resocialización y ofrecerán alternativas para las personas con enfermedad mental sometidas a un proceso judicial elaborado con la participación de los profesionales que forman parte de la Comisión.

En 2007 el Ministerio de Sanidad y Consumo, inspirándose en la Declaración Europea de Salud Mental<sup>84</sup> la Declaración Helsinki, ha editado la “Estrategia de Salud Mental” para todo el Sistema Nacional de Salud<sup>85</sup> donde también ha participado Instituciones Penitenciarias. Esta intervención plantea entre los objetivos “promover la cooperación y la corresponsabilidad de todos los departamentos y agencias involucrados en la mejora de la salud mental”, a través de una coordinación asistencial entre instituciones penitenciarias y servicios de salud mental para garantizar la atención integral de estos ciudadanos.

Siguiendo las líneas de la estrategia nacional, el Consejo Asesor de Salud Mental de la Región de Murcia, órgano de carácter consultivo que tiene como finalidad proponer y adoptar medidas que repercutan de forma positiva en la atención a la salud mental

---

<sup>82</sup> Informe general 2016. NIPO (ed.web): 126-15-039-X. Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado

<http://publicacionesoficiales.boe.es>

<sup>83</sup> Conferencia Ministerial de la OMS para la salud mental. Declaración Europea de Salud Mental. Helsinki. 2005.

<sup>84</sup> Aprobado por los Consejeros de Sanidad en Reunión del Consejo Interterritorial del MSSSI (23 julio 2013). Oportunidades de mejora para el enfermo mental judicializado.

<sup>85</sup> Estrategias de salud metal. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2007.

[http://aepcp.net/arc/Estrategia\\_Consenso\\_ACCESIBLE.pdf](http://aepcp.net/arc/Estrategia_Consenso_ACCESIBLE.pdf)

en la Región, se constituyó la Comisión de Salud Mental de Instituciones Penitenciarias el 11 de noviembre de 2015 con el objetivo de conocer la situación en materia de salud mental de la población reclusa de los tres Centros Penitenciarios de la región.

La justificación de esta Comisión Interinstitucional se basa en el aumento de ingresos en prisión de personas con trastorno mental, situación que es considerada por profesionales y asociaciones de defensa de los derechos humanos como el principal problema sanitario en los centros penitenciarios. Por otra parte, se trata de evitar que las personas con Trastorno Mental Grave ingresen en prisión, promocionando medidas alternativas, y colaborar en la atención integral de los que ya se encuentran en prisión, mediante el desarrollo de actividades de apoyo, rehabilitación psicosocial y de reinserción en la comunidad.

Partiendo de las diferentes situaciones jurídicas penales y penitenciarias en que se puede encontrar la persona con enfermedad mental, se identificarán las necesidades de cada situación jurídica y se plantearán respuestas a las mismas a través de los programas de intervención.

La Comisión así constituida, está integrada por miembros pertenecientes a todas las administraciones implicadas, agentes sociales y entidades del tercer sector. El presidente de la Comisión es el Subdirector General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria y actúa como Secretario de la Comisión un representante del Servicio Murciano de Salud del área de Salud Mental.

Forman parte de la misma, profesionales de la Administración de Justicia (magistrados, juez de vigilancia, fiscales, médicos forenses..); profesionales del área Socio-Sanitaria que cuenta con responsables de los servicios asistenciales del área de la salud mental y del área de los servicios sociales dedicados al cuidado de las personas con enfermedad mental, representantes de usuarios y familiares de las asociaciones de familiares de personas con enfermedad mental, perteneciente a la Confederación Española de Familias y personas con enfermedad mental (FEAFES) y como representantes de la Institución Penitenciaria, la Directora del Centro de Inserción Social, y Subdirectoras de Tratamiento de los centros penitenciarios Murcia I y Murcia II.

Debido a la complejidad del problema y su abordaje, así como el elevado número de integrantes de la Comisión destinada a conocer la realidad existente de enfermos mentales reclusos en los tres centros penitenciarios de la región y elaborar como resultado un Documento de Consenso, se consideró oportuno establecer cuatro

subcomisiones de trabajo considerando las cuatro fases por las que atraviesan los pacientes mentales y el riesgo de judicialización.

De esta forma las subcomisiones establecidas para el correspondiente estudio y abordaje de los problemas y soluciones a los pacientes con enfermedad mental son, el subgrupo pre-sentencia, subgrupo sentencia, subgrupo penas y subgrupo reinserción. Curiosamente se puede establecer un cierto paralelismo entre las cuatro fases estudiadas por las subcomisiones con los conceptos sanitarios de prevención en sus distintas fases.

Durante el mes de noviembre de 2017 se finalizó la elaboración del Documento de Consenso que se encuentra pendiente de aprobación por el Consejo Asesor de Salud Mental.

**Las conclusiones a las que se ha llegado tras algo más de dos años de trabajo se exponen a continuación.**

Como siempre en medicina prevenir es la mejor opción, para ello, la actuación más eficiente para evitar la judicialización de una persona con enfermedad mental grave es la detección temprana ya sea en la comunidad, durante la detención, el proceso judicial o al ingreso en prisión<sup>86</sup> y la correcta derivación del enfermo mental al recurso asistencial adecuado.

La elevada prevalencia de enfermedad mental y drogodependencia hace necesaria la coparticipación institucional y la interconexión con los medios comunitarios adecuados aplicando un método multidisciplinar.

Por otra parte resulta indispensable la colaboración de las Comunidades Autónomas para la prestación de la asistencia especializada y hospitalaria que garantice una igualdad en la prestación sanitaria a los pacientes con enfermedad mental judicializados.

Este modelo de comisión interinstitucional facilita la necesaria coordinación entre administraciones y en especial, entre servicios sociales y de salud mental y de estos con los tribunales de justicia, permite compartir la información que cada administración necesita para actuar en cada caso. Facilita la creación de protocolos de actuación conjunta.

---

<sup>86</sup>Comité de Ministros Consejo de Europa, 2006; Vicens, 2006; Hernández, 2006; Lavoie, 2005; Mouquet, 2005; Arroyo, 2005; VVAA, 2005; Síndic, 2005; Hills, 2004; Massaro, 2004; Consejo de Europa, 2004; Ministère de la Santé, 2003; Council of State Governm., 2003; Generalitat de Catalunya, UHPP 2003; Consensus Project, 2002; Bobes, 2001; Sánchez Bursón, 2001; Defensor del Pueblo Andaluz, 2000; Hernández, 1999

El seguimiento de estos enfermos vulnerables implica una intervención mediante un modelo de gestión de caso, en el que es clave la figura de “terapeuta mediador”, entre el enfermo, los dispositivos de las distintas administraciones implicadas en la rehabilitación del enfermo y las propias administraciones entre sí.

La gestión individualizada del caso implica que todas las instituciones mantengan en todo momento un nivel adecuado de información sobre la evolución de su proceso rehabilitador y puedan actuar en consecuencia según sus diferentes responsabilidades con la necesaria diligencia y flexibilidad.

Es preciso actualizar determinados recursos asistenciales para que puedan acoger a un perfil de enfermo mental, cuya principal característica es la presencia de múltiples necesidades, tanto clínicas como sociales cambiantes en el tiempo y que requieren una actuación concurrente y multidisciplinar. Este es el perfil del enfermo mental más vulnerable a la judicialización.

Es necesario disponer de un programa de formación y sensibilización de determinados profesionales (fuerzas y cuerpos de seguridad, juristas, personal socio sanitario).

Como ya mostró Reed en 2009, es consistente la relación inversa que existe entre la disminución del número de camas psiquiátricas hospitalarias y el aumento del número de presos con trastornos mentales. Esto debe hacer pensar que estos enfermos de haber sido diagnosticados y tratados adecuadamente en el medio comunitario, se habría evitado en muchas ocasiones la comisión del delito.