



**Universidad
Zaragoza**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

APROXIMACIÓN AL TRATAMIENTO PENITENCIARIO DE LOS RECLUSOS CON ENFERMEDADES MENTALES

Autor

Beatriz Escudero Morlanes

Directora

María José Aranda Carbonel

Facultad de Derecho

Año 2024

I. ABREVIATURAS UTILIZADAS.....	2
II. INTRODUCCIÓN.....	3
III. SISTEMA PENITENCIARIO ESPAÑOL.....	5
1. Marco Jurídico.....	5
2. Derechos del recluso en prisión.....	8
3. Aspectos generales de la Prisión.....	10
a) Clasificación Penitenciaria.....	10
b) Tipos de instituciones privativas de libertad.....	12
c) Tratamiento penitenciario y reeducación.....	14
IV. SALUD MENTAL.....	15
1. Aproximación al trastorno mental.....	15
2. Marco Jurídico.....	18
V. SISTEMA PENITENCIARIO ESPAÑOL Y SALUD MENTAL.....	21
1. Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios Ordinarios.....	21
2. Programa Puente.....	25
3. Relación Trastorno mental-delito-reincidencia.....	27
4. Soluciones dentro del marco jurídico.....	30
VI. CONCLUSIONES.....	34
VII. BIBLIOGRAFÍA	36
VIII. ANEXOS.....	41

I.ABREVIATURAS

LOGP	Ley Orgánica General Penitenciaria
CP	Código Penal
LECrim	Ley de Enjuiciamiento Criminal
CIS	Centro de Inserción Social
CIE	Centros de Internamiento de Extranjeros
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAIEM	Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales
Art	Artículo
Núm	Número
Cit	Citado
RP	Reglamento Penitenciario

II. INTRODUCCIÓN

La cuestión principal tratada en este trabajo es, como se viene indicando en el título, el tratamiento penitenciario de los reclusos con enfermedades mentales. A lo largo de la redacción se va a hacer alusión a las personas con trastornos mentales como un colectivo minoritario dentro de las instituciones privativas de libertad, y en razón de esto, se van a observar los programas de tratamiento dispensados para este colectivo, además de su marco jurídico y su reintegración en sociedad. También se abordarán las posibles soluciones dentro del marco jurídico ante este tratamiento, valorando si hay cuestiones a mejorar.

En lo relativo a la elección de este tema, lo he escogido debido a que suscita en mí un gran interés todo lo relativo a las prisiones. En concreto, esta cuestión del tratamiento de este colectivo en los centros penitenciarios no es un tema del cual se habla muy a menudo dentro del mundo del derecho, ya que puede abordarse desde un enfoque más sociológico; pero considero que tiene gran relevancia.

Además, la visibilidad de este grupo minoritario en las prisiones puede llegar a humanizar a la población, ya que la salud mental, tristemente, en muchos ámbitos sigue siendo considerada como un tema tabú. Por ello, es fundamental informar a la sociedad de que el cuidado de los trastornos mentales también debe darse en ámbitos que no están a la vista de todo el mundo, como es en el caso de los centros penitenciarios, donde existe una responsabilidad de darle a este cuidado la importancia y reconocimiento que merece.

En mi opinión, es de gran relevancia dar visibilidad a este asunto, y cuestionarse si los programas establecidos en atención a esta colectividad son suficientes o no.

A la hora de abordar el trabajo, lo he redactado de la forma que he considerado más adecuada. En primer lugar, se necesita una visión ordenada de lo que es el Sistema Penitenciario Español, abordando el conjunto de leyes, reglamentos y decretos que lo regulan, además de una gran cantidad de instrucciones y circulares. Se van a tratar también los derechos de los reclusos y el concepto de prisión, así como su funcionamiento.

Posteriormente, me centro en el concepto de la salud mental y los trastornos mentales, mostrando también su marco jurídico y el proceso de enjuiciamiento de estas personas. Después de haberme extendido en estos apartados, llevo a cabo una fusión de ambos para tratar la principal cuestión del trabajo, que es el tratamiento concreto de aquellos presos con trastornos de salud mental dentro de nuestro sistema penitenciario.

En lo relativo a las fuentes empleadas, he tomado como puntos de referencia diversos Informes Generales de prisiones, los cuales aportan mucha información relativa a la salud mental en las prisiones, así como la utilización de libros de premios Victoria Kent, dirigidos a fomentar la investigación en materia penitenciaria. También ha sido de gran utilidad la Ley Orgánica General Penitenciario, el Reglamento Penitenciario y la Constitución, entre otras múltiples leyes necesarias para tratar el tema concreto.

Debido a que se trata de un tema que abarca conceptos jurídicos y conceptos más relacionados con la psicología, al tratarse los trastornos mentales, he podido contar con una bibliografía muy amplia.

A lo largo de la lectura del trabajo, es posible que surjan cuestiones en relación con el tema tratado, como, por ejemplo, si estos presos deberían convivir en un módulo únicamente para ellos o con el resto de los presos. Para poder enriquecer el trabajo, he redactado una serie de preguntas las cuales me han ido surgiendo dirigidas a profesionales los cuales han podido aportar datos de gran interés a la investigación. Entre estos profesionales se encontraban juristas, psiquiatras, psicólogos y profesores los cuales trabajaban en la prisión.

III. SISTEMA PENITENCIARIO ESPAÑOL

1. Marco Jurídico

El Sistema Penitenciario, es aquel destinado a que a las personas que se encuentran privadas de su libertad en los diversos centros de readaptación y reinserción social, centros penitenciarios y centros de internamiento y atención juvenil del Estado, se les garantice sus derechos fundamentales, a excepción de aquellos que les han sido limitados.

Este ha experimentado en las últimas décadas una notable transformación de orientación y concepto paralelamente a la evolución de la sociedad española. Desde la aprobación de la Constitución Española de 1978, se han llevado a cabo notables cambios en la legislación penal y en el tratamiento de los reclusos y las condiciones de las prisiones.

a) Constitución Española

La Constitución de 1978 es la norma suprema del ordenamiento jurídico español, a la cual se encuentran sujetos todos los poderes públicos y ciudadanos, dando lugar a la culminación de la transición a la democracia.

El actual sistema penitenciario español se encuentra muy influenciado por la aprobación de la Constitución. De acuerdo con *Carmen Zabala Baños*¹, esto dio lugar a múltiples cambios dentro de la legislación penal, el tratamiento de los internos y las condiciones de las prisiones, ya que con anterioridad a la aprobación de este texto, el trato de los reclusos en los centros penitenciarios no era el más favorable. Se entendió que las prisiones son un lugar de rehabilitación con el objetivo de favorecer la reinserción del interno dentro de la sociedad².

¹ ZABALA BAÑOS, C., *Prevalencia de trastornos mentales en prisión: Análisis de la relación con delitos y reincidencia*. Premio Nacional Victoria Kent, Ministerio del Interior- Secretaría General Técnica, Madrid, 2016. P. 45-46.

² Arús, F. B. (2005). Sistema penitenciario español: bases para una futura reforma legislativa. *Estudios jurídicos*, (2005). P. 9-15.

En este ámbito, debe destacarse el artículo 25.2 de la Constitución Española, el cual establece que: “Las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social y no podrán consistir en trabajos forzados. El condenado a pena de prisión que estuviere cumpliendo la misma gozará de los derechos fundamentales a excepción de los que se vean expresamente limitados por el contenido del fallo condenatorio, el sentido de la pena y la ley penitenciaria. En todo caso, tendrá derecho a un trabajo remunerado y a los beneficios de la seguridad social, así como al acceso a la cultura y al desarrollo integral de su personalidad”. El desarrollo normativo de los derechos subyacentes al principio de legalidad penal y los derechos de los condenados a penas de prisión recogidos en este artículo, debe realizarse mediante Ley Orgánica, y se prohíbe la adopción de Decretos-Leyes que afecten al contenido de este artículo, ya que este se encarga de regular lo relativo a los derechos fundamentales.

B) Leyes y Reglamentos

La función resocializadora de la pena se encuentra reflejada en La LOGP de septiembre de 1979. Según esta ley, teniendo en cuenta al individuo sentenciado como un integrante activo de la sociedad, se establece un régimen particular en correspondencia con la ejecución de la pena, con la finalidad de prepararlo para su reintegración plena en la sociedad. En consecuencia, la prisión se concibe como una institución que sirve como lugar de detención para el cumplimiento de la pena privativa de libertad y provee servicios de tratamiento y rehabilitación para facilitar la reintegración social del individuo en la comunidad³.

La LOGP permite mantener en prisión a reclusos considerados extremadamente peligrosos o con problemas de adaptación, justificando esta medida con razones objetivas, de conformidad con el artículo 10.1: “Existirán establecimientos de cumplimiento de régimen cerrado o departamentos especiales para los penados calificados de peligrosidad extrema”. De acuerdo con el artículo 10.3 de esta ley, su permanencia dependerá de la evolución de las circunstancias que motivaron su ingreso. Además, la ley separa a los internos con enfermedades físicas o mentales del resto, asegurando atención adecuada a

³ ZABALA BAÑOS, C., *Prevalencia de trastornos..cit.* P. 46-47.

sus necesidades de salud⁴. De conformidad con el artículo 36, cada centro penitenciario debe contar con al menos un médico general con conocimientos psiquiátricos para cuidar la salud mental de los internos y estos pueden recibir atención en instituciones hospitalarias penitenciarias o en casos de urgencia, en otros centros hospitalarios.

El Real Decreto 190/96, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario, es otro pilar del Sistema Penitenciario Español, ya que desarrolla la LOGP para dar lugar al cumplimiento de sus fines y la conveniente estructuración y funcionamiento de las prisiones españolas en adecuación del modelo de reinserción social establecido en la Constitución. El Reglamento Penitenciario es una herramienta fundamental para garantizar la legalidad, la transparencia y el respeto a los derechos humanos en el sistema penitenciario español. Regula aspectos como la organización y funcionamiento de los establecimientos penitenciarios, definiendo la estructura de los centros y los órganos de dirección. También trata los derechos de los internos, además del régimen disciplinario, detallando las infracciones y sanciones disciplinarias que pueden imponerse a los internos en caso de incumplimiento de las normas. Asimismo, atiende las pautas del tratamiento penitenciario destinados a la reinserción y las relaciones con el exterior regulando las comunicaciones, visitas y salidas de los internos.

El Real Decreto 515/2005⁵, por el que se establecen las circunstancias de ejecución de penas de Trabajos en Beneficio de la Comunidad y de localización permanente, de determinadas medidas de seguridad, así como de la suspensión de penas privativas de libertad. Estas disposiciones engloban el conjunto de reglas y normativas que rigen la operación del sistema penitenciario, el cual se adapta y ajusta principalmente mediante la interpretación de casos anteriores en materia penitenciaria y las directrices y recomendaciones emitidas por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP), cuyas disposiciones y circulares emitidas, proporcionan directrices específicas para la gestión y funcionamiento de los centros penitenciarios en España.

⁴ Ley Orgánica General Penitenciaria de 1979. «BOE» núm. 239, de 05/10/1979. Artículo 16.d: “Los que presenten enfermedad o deficiencias físicas o mentales estarán separados de los que puedan seguir el régimen normal del establecimiento.”

⁵ Real Decreto 515/2005, de 6 de mayo, por el que se establecen las circunstancias de ejecución de las penas de trabajos en beneficio de la comunidad y de localización permanente, de determinadas medidas de seguridad, así como de la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad. «BOE» núm. 109, de 7/5/ 2005. Modificado por el Real Decreto 1849/2009.

En lo relativo a la Ley Orgánica 10/1995, del Código Penal, se tiene en cuenta que no es exclusivamente sobre el sistema penitenciario, pero contiene disposiciones relevantes para su funcionamiento y regulación.

Existen un gran número de instrucciones, órdenes de servicio y circulares⁶, las cuales son disposiciones que los órganos superiores de una Administración dirigen a sus órganos jerárquicamente dependientes, para ordenar su funcionamiento y actividades. Son emitidas por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, y regulan temas como la seguridad, el bienestar de los reclusos, y la reinserción social. Aseguran uniformidad en la aplicación de políticas a nivel nacional, y su cumplimiento es obligatorio para el personal penitenciario, y algunos documentos son públicos para garantizar transparencia, pero otros son confidenciales para proteger la seguridad operativa.

2. Derechos del recluso en prisión

Los derechos fundamentales son aquellos entendidos como los que pertenecen de manera inherente a toda persona en razón a su dignidad humana sin distinción de raza, condición, sexo o religión y cuentan con una protección judicial reforzada. Estos derechos también inciden en los derechos del condenado. Es innegable que las personas reclusas tienen limitados ciertos derechos relacionados con la libertad, pero esto no debe ser ningún obstáculo para el disfrute de todos los demás derechos fundamentales⁷.

Entre los derechos fundamentales de las personas privadas de libertad destaca el derecho a la dignidad humana⁸. Este derecho refleja el respeto y reconocimiento de la persona, su vida y de sus condiciones de existencia por el simple hecho de ser un ser humano. También es relevante el derecho a la vida e integridad física y moral⁹. Este derecho implica que todas las personas, incluidos los internos en centros penitenciarios, tienen derecho a vivir sin temor a sufrir daño físico o psicológico injustificado.

⁶ Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. «BOE» núm. 236, de 02/10/2015. Art.6.

⁷ Vilata, J. (2022). Informe derechos humanos salud mental prisión. *Observatorio Derechos Humanos Salud Mental y Prisión*. P. 25-32.

⁸ Art 10. Constitución Española 1978. “BOE” núm 311, de 29/12/1978

⁹ Art 15. Constitución Española 1978. “BOE” núm 311, de 29/12/1978

El Observatorio de Derechos Humanos de Salud Mental y Prisión establece una serie de derechos relativos a los reclusos¹⁰. La Constitución también habla del derecho a la libertad¹¹, la cual en materia de reclusos debe obedecer a lo establecido en el CP y la Ley de Enjuiciamiento Criminal, LECrim¹². El derecho a la intimidad se ve dificultado en el ámbito penitenciario, debido a la sobrepoblación dentro de las prisiones¹³. Por otro lado, se regula en el mismo artículo el derecho de secreto de comunicaciones, existiendo en el ámbito de familiares, amigos y allegados, y en el ámbito de abogados, procuradores y otras autoridades o profesionales. Tiene gran importancia también el derecho a la asistencia médica y protección a la salud¹⁴, ya que los internos tienen derecho a recibir atención médica adecuada y oportuna para mantener su salud física y mental durante su encarcelamiento. Por otro lado, el matrimonio no está específicamente regulado en la Ley o Reglamento Penitenciario, lo que implica que no hay restricciones establecidas para llevar a cabo este proceso durante la reclusión. Mantener los lazos familiares sin interrupción es esencial para evitar la desintegración y favorecer la reintegración social de los internos, por lo que el matrimonio y la protección de la familia también se considera un derecho fundamental¹⁵. El derecho a la tutela judicial efectiva¹⁶, proporciona el derecho a recurrir a la justicia y sus diferentes instancias, garantizando un proceso justo con todas las salvaguardias necesarias. Esto incluye el derecho a un juicio sin demoras innecesarias, la intangibilidad de las decisiones judiciales firmes, el derecho a ser informado de los cargos y a defenderse, así como utilizar pruebas relevantes para su defensa, y garantizar que las decisiones sancionadoras estén debidamente fundamentadas. El derecho a la reeducación y reinserción social¹⁷, la reinserción debe ser garantizada para los condenados a pena de prisión, debiendo el Estado en todo caso prevenir las dificultades que pudieran encontrarse en el camino resocializador, y aplicando todos los

¹⁰ Vilata, J. (2022). Informe derechos humanos salud mental prisión. *Observatorio Derechos Humanos Salud Mental y Prisión*. P. 25-32.

¹¹ Art 17. Constitución Española 1978. “BOE” núm 311, de 29/12/1978

¹² Picón, F. R. (2008). *Los derechos de los reclusos en la jurisprudencia constitucional*. Editorial Universitas. P. 399-406.

¹³ Art 18. Constitución Española 1978. “BOE” núm 311, de 29/12/1978

¹⁴ Art 4. Real Decreto de 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. «BOE» núm. 40, de 15/02/1996.

¹⁵ Artículos 31.2 y 39. Constitución Española 1978. “BOE” núm 311, de 29/12/1978

¹⁶ Art. 24. Constitución Española 1978. “BOE” núm 311, de 29/12/1978

¹⁷ Art 25. Constitución Española 1978. “BOE” núm 311, de 29/12/1978

medios e instrumentos necesarios para que la tarea reinsertadora surta los efectos esperados. Durante el cumplimiento de la pena, el recluso debe mantener sus derechos fundamentales, como el acceso a la educación, salud y un trato digno y respetuoso. Este enfoque busca no solo la rehabilitación del individuo, sino también su reintegración efectiva en la sociedad, promoviendo una comunidad más justa y segura al reducir la reincidencia delictiva.

El derecho a la defensa¹⁸, el cual refleja el derecho a ser informado de la acusación y recibir la asistencia del letrado, además de recibir un proceso justo.

Finalmente, el derecho a la información se encuentra restringido por la administración penitenciaria basándose en razones de confidencialidad.

La razón por la que se entiende la a veces existente vulneración de los derechos fundamentales de los reclusos no se debe a que no sean respetados, sino que estos se han concebido como derechos de segunda categoría, tal y como establece Vilata¹⁹. Esto no es conforme a lo que establece el artículo 25.2 de la Constitución, el cual hace hincapié en que las penas nunca puedan consistir en trabajos forzados.

3. Aspectos generales de la Prisión

Antes de hablar sobre la clasificación penitenciaria, se debe entender el concepto de prisión. La prisión consiste en una institución penitenciaria en la cual se priva de libertad a aquellas personas las cuales han sido condenadas por cometer delitos. Alberga a los individuos que han sido condenados culpables por un tribunal y deben cumplir una pena de prisión como consecuencia. El objetivo de esta institución es tanto restringir la libertad de movimiento de los reclusos como la rehabilitación y la reinserción social de los internos por medio de diferentes programas²⁰.

A) Clasificación Penitenciaria

¹⁸ Art 24.2. Constitución Española 1978. “BOE” núm 311, de 29/12/1978

¹⁹ Vilata, J. (2022). Informe derechos humanos salud mental prisión. *Observatorio Derechos Humanos Salud Mental y Prisión*. P.32

²⁰ RAYA, S. C. (2013). *Sobre el fin de la pena de prisión: análisis del principio de resocialización y su realidad en el sistema penitenciario español* (Doctoral dissertation, Universidad Pablo de Olavide). P. 10-13.

La LOGP establece un sistema de individualización científica, que clasifica a los reclusos en diferentes grados según su conducta y peligrosidad, y proporciona un marco para la aplicación de programas de tratamiento personalizados. Estos programas incluyen una amplia gama de actividades que van desde educación y formación profesional hasta terapias psicológicas y sociales, todas destinadas a facilitar la reinserción del interno.

Un elemento central en este enfoque es el tratamiento individualizado, que debe considerar las características personales del recluso, incluyendo su historia, comportamiento y necesidades psicológicas. La legislación penitenciaria española enfatiza que la administración penitenciaria debe trabajar para conocer y tratar todas las peculiaridades que puedan ser un obstáculo para la reinserción del interno²¹.

La clasificación penitenciaria tiene por objeto la determinación del régimen de cumplimiento de la pena para cada interno dentro del sistema penitenciario, evaluando aspectos relacionados con el individuo, como el nivel de peligrosidad, el grado de adaptación a la vida en prisión y las necesidades específicas de rehabilitación²².

Dentro de la clasificación penitenciaria existen tres grados²³.

En primer lugar, el primer grado²⁴ es considerado el grado más estricto, siendo el que cuenta con más medidas de seguridad y control, y es destinado para aquellos internos de mayor peligrosidad o inadaptación manifiesta y grave a las normas generales de convivencia ordenada.

El segundo grado²⁵ es el régimen ordinario cerrado, y es destinado a aquellos internos que cuentan con una situación personal y de convivencia normal, pero no tienen capacidad para vivir en semilibertad. Cuentan con una vida más o menos normalizada dentro del centro penitenciario, pudiendo acceder a determinados beneficios.

²¹ LOGP de 1979. Art 63.

²² Osorio, J. L. F. (2011). Sistema de clasificación penitenciaria y el «periodo de seguridad» del art. 36.2 CP. *InDret*. P.1-3.

²³ Raya, S. C. (2015). La clasificación en grados. Análisis crítico de la normativa penitenciaria. *Revista de Derecho y proceso penal*, (38), 201-239.

²⁴ Art 102.5. Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. «BOE» núm. 40, de 15/02/1996.

²⁵ Art 102.3. Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. «BOE» núm. 40, de 15/02/1996.

El tercer grado²⁶, es el régimen abierto, y es destinado para aquellos internos que, debido a sus circunstancias personales y penitenciarias, se encuentran capacitados para establecer un régimen de vida en semilibertad, permitiendo continuar su tratamiento en los Centros de Inserción Social, CIS, y tener contacto con el exterior. Se aplica a aquellos que han cumplido una parte significativa de su condena y han mostrado una evolución positiva en su conducta en prisión.

El grado es revisado por la Junta de Tratamiento, la cual consiste en un órgano colegiado al cual corresponde establecer los programas de tratamiento o modelos individualizados de ejecución penitenciaria. Esta Junta decide las progresiones y regresiones de grado, así como conceder o no los permisos de salida. También puede significar el traslado a otro establecimiento penitenciario dependiendo de la revisión de grado que se realice²⁷.

Por otro lado, existe la libertad condicional²⁸, la cual es considerada por muchos como un cuarto grado. Esta se considera como un beneficio que permite la suspensión de la ejecución de la pena de prisión. Además, el juez puede optar por suspender la ejecución de la pena de prisión con condiciones, como no cometer más delitos y cumplir con ciertas obligaciones, pero esto depende de requisitos específicos establecidos por el Código Penal y la decisión del juez.

B) Tipos de instituciones privativas de libertad

Las instituciones privativas de libertad son establecimientos o entidades públicas, que cuentan con la autoridad legal para privar de libertad a las personas como parte de una medida punitiva, correctiva o de protección. Una de las principales son los Centros Penitenciarios Ordinarios²⁹. Consisten en instalaciones de medio cerrado, destinadas al cumplimiento de penas por parte de individuos condenados, así como para aquellos en prisión preventiva a la espera de juicio y bajo disposición judicial. Se encuentran organizados en módulos, con áreas separadas para diferentes funciones: áreas comunes

²⁶ Art 102.4. Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. «BOE» núm. 40, de 15/02/1996.

²⁷ Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. Capítulo III sobre régimen abierto, Capítulo II sobre régimen ordinario, capítulo IV régimen cerrado. «BOE» núm. 40, de 15/02/1996. Capítulos II, III y IV sobre régimen ordinario, régimen abierto y régimen cerrado.

²⁸ LOGP de 1979. Art. 67.

²⁹ Fernández, F. M., & Buergo, B. M. (2019). La determinación de la pena. Las instituciones individualizadoras y los sustitutivos de las penas privativas de libertad. In *Manual de introducción al Derecho Penal* (pp. 213-251). Boletín Oficial del Estado, BOE.

para talleres educativos o actividades dirigidas por los internos. Esta distribución asegura altos niveles de seguridad y eficiencia, mejorando las condiciones de vida y facilitando el desarrollo integral de los internos.

Los CIS son centros diseñados para personas en etapas avanzadas de reintegración social o que cumplen penas en régimen abierto. Pueden ingresar directamente aquellos que cumplan ciertos requisitos. Además de gestionar alternativas a la prisión, como trabajos comunitarios, realizan seguimiento de libertades condicionales y establecen medidas de localización permanente. Los internos tienen libertad para salir y cumplir con sus actividades laborales, educativos o de tratamiento fuera del centro, pudiendo regresar para pasar la noche, manteniendo así una residencia básica en el lugar³⁰.

También existen Unidades de madres, reguladas en la LOGP, en concreto en el artículo 38. Las madres en prisión cuentan con el derecho de convivir con sus descendientes hasta que estos cumplan los 3 años.

Los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, en los cuales ingresan aquellos que se encuentran los casos establecidos en el artículo 184 del Reglamento Penitenciario: “a)detenidos o presos con patología psiquiátrica, cuando la autoridad judicial decida su ingreso para observación; b) personas a las que por aplicación de las circunstancias eximentes establecidas en el Código Penal les haya sido aplicada una medida de seguridad de internamiento en centro psiquiátrico penitenciario y, c) penados a los que, por enfermedad mental sobrevenida, se les haya impuesto una medida de seguridad por el Tribunal sentenciador.” En este tipo de establecimientos, los presos no se encuentran clasificados en grados, ya que son considerados y tratados como pacientes por su patología psíquica, y su finalidad es médico asistencial. Hoy en día, en España solo existen dos hospitales psiquiátricos penitenciarios, uno en Sevilla y otro en Fontcalent, Alicante³¹.

Los Centros de Internamiento de Extranjeros, en adelante CIE, consisten en instalaciones públicas de carácter no penitenciario y dependientes del Ministerio del Interior, donde se retiene con el objetivo de facilitar su expulsión, devolución o regreso por las causas y

³⁰ Vilata, J. (2022). Informe derechos humanos salud mental prisión...cit. P.6

³¹ Ferradás, B. C. (2020). Los psiquiátricos penitenciarios: orígenes, evolución y actualidad. Universidad de Alcalá, 2020 P.15-19.

términos establecidos en la legislación de extranjería, a las personas extranjeras en situación irregular durante un máximo de 60 días, privándolas de libertad³².

C) Tratamiento penitenciario y reeducación

En lo relativo al tratamiento penitenciario, la definición aparece en el artículo 59 de la LOGP, presentándose como: “El conjunto de actividades directamente dirigidas a la consecución de la reeducación y reinserción social de los penados”.

Este tratamiento se caracteriza por permitir al recluso dar con las capacidades, comportamientos y habilidades imprescindibles para poder alcanzar una forma de vida alejada del mundo delictivo, e integrarse de nuevo en la sociedad una vez cumplida su condena, siendo la personalidad del interno un punto de partida para dar con ello³³.

Frecuentemente pasa desapercibido por el público general. Sin embargo, la implementación de programas de tratamiento enfrenta numerosos desafíos, incluyendo la resistencia cultural a la idea de rehabilitar a los reclusos y la logística de aplicar estos programas en el entorno restrictivo de una prisión³⁴.

De acuerdo con *Urías Martínez*³⁵, la reeducación es un proceso cuyo objetivo es evitar que la persona vuelva a delinquir combatiendo las causas de la delincuencia.

Una perspectiva más profunda sobre la reeducación implica verla como el proceso de adquirir actitudes y valores que son dominantes en una sociedad. Estos son esenciales para que la persona actúe de manera adecuada una vez libre, aunque esto no evita que internamente pueda discrepar de dichos valores. Sin embargo, es crucial que desarrolle la habilidad de comportarse respetuosamente respecto a ellos.

La reinserción social se refiere al proceso de readaptación de una persona que ha sido condenada y cumplido su pena, con el objetivo de que pueda integrarse de manera efectiva y positiva en la sociedad.

³² Corella, Á. S. (2016). Un análisis crítico de los centros de internamiento de extranjeros en España: normativa, realidad y alternativas. *Revista Telemática de Filosofía del Derecho*, 19, 02-19. P 37-44.

³³ Herrero, G. C. (2021). El tratamiento penitenciario como llave para la reeducación y reinserción social. *Gabilex: Revista del Gabinete Jurídico de Castilla-La Mancha*, (26), 247-298.

³⁴ Montero Pérez de Tudela, E. (2019). La reeducación y la reinserción social en prisión: El tratamiento en el medio penitenciario español. Editorial UCA. P.236-240.

³⁵ Martínez, J. U. (2001). El valor constitucional del mandato de resocialización. *Revista española de derecho constitucional*, (63), 43-78.

Según la legislación española, las comunicaciones del recluso con el mundo exterior son cruciales para el proceso de reintegración de este en la sociedad, en línea con los principios constitucionales de rehabilitación y reinserción social, los cuales están reconocidos en el artículo 25.2 de la Constitución. Estas comunicaciones son fundamentales para mantener y reforzar los lazos sociales y familiares del interno, favoreciendo así también su eventual reinserción en la comunidad tras cumplir la condena³⁶. Pero la regulación actual puede ser considerada como insuficiente para asegurar comunicaciones efectivas, dando lugar a la necesidad de mejorar las condiciones y modalidades de dichas interacciones.

Se le da importancia a la incorporación de tecnologías modernas como herramientas potenciales para mejorar la calidad y frecuencia de las comunicaciones entre los internos y el mundo exterior, aunque con las adecuadas medidas de seguridad para evitar abusos. Lo que realmente se busca con todo esto, es humanizar el trato a los reclusos y prepararlos para una reintegración exitosa en la sociedad³⁷.

Además, también existen los permisos ordinarios de salida de prisión, los cuales se conceden con el objetivo de que los internos vayan adaptándose a su futura reinserción en la sociedad. Estos tienen una duración máxima de 36 días al año para aquellos internos que se encuentren en segundo grado y de 48 para los que se encuentren en tercer grado. Es necesario para su concesión un informe favorable del equipo técnico del Centro, además de haber cumplido $\frac{1}{4}$ de la condena³⁸.

IV. SALUD MENTAL

A) Aproximación del trastorno mental

La salud mental ha sido reconocida por La Organización Mundial de la Salud³⁹, OMS, como algo interdependiente de la salud y relacionado con ella.

³⁶ Díaz, C. R. F. (2015). Las relaciones del interno con el mundo exterior y su importancia para la reeducación y reinserción social. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*. P. 3-4.

³⁷ Montero Pérez de Tudela, E. (2019). La reeducación y la reinserción social en prisión: El tratamiento en el medio penitenciario español. Editorial UCA. P.236-240.

³⁸ LOGP de 1979. Art 47.

³⁹ La OMS define la salud mental como: “*un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad*”.

El trastorno mental consiste en una condición la cual se caracteriza por alteraciones significativas en el pensamiento, estado de ánimo o comportamiento de una persona. Estas alteraciones interfieren en su capacidad para funcionar de manera adecuada en la vida diaria o mantener relaciones saludables, y suelen ser el resultado de una combinación de factores biológicos, psicológicos y ambientales⁴⁰.

Estos trastornos se agrupan en tres categorías en función de sus características compartidas⁴¹:

Grupo A, que comprende tres tipos de trastornos caracterizados por comportamientos considerados raros o excéntricos. Estos incluyen el trastorno paranoide, trastorno esquizoide y trastorno esquizotípico de la personalidad; Grupo B, que consta de cuatro tipos y abarca a individuos con tendencia a comportamientos dramáticos, emotivos o inestables y son el trastorno antisocial, trastorno límite, trastorno histriónico y trastorno narcisista de la personalidad; y Grupo C, compuesto por tres tipos, que involucran a personas que tienden a mostrar ansiedad o temor y son el trastorno por evitación, el trastorno por dependencia y el trastorno obsesivo-compulsivo.

La OMS establece una clasificación de aquellos grupos los cuales son más vulnerables a la hora de desarrollar trastornos mentales. Dentro de esta clasificación se encontrarán aquellos individuos los cuales se encuentren en la pobreza, dando lugar principalmente a un abuso de sustancias; también las personas con salud crónica y aquellos menores expuestos a malos tratos y abandono. También se incluyen los adolescentes expuestos al consumo de drogas, las minorías, las poblaciones indígenas, las personas mayores, las personas en situación de exclusión, las expuestas a desastres naturales y aquellas en situación de cumplimiento de condena en centros penitenciarios.

También se debe prestar especial atención a la existencia de la patología dual⁴², la cual consiste en el hecho de que una persona cuente con dos patologías, la adicción y un

⁴⁰ Conejo Cerón, S., Moreno Peral, P., Morales Asencio, J. M., Alot Montes, A., García-Herrera, J. M., González López, M. J., ... & Moreno Küstner, B. (2014, August). Opiniones de los profesionales del ámbito sanitario acerca de la definición de trastorno mental grave: un estudio cualitativo. In *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 37, No. 2, pp. 223-233). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.

⁴¹ Vilata, J. (2022). Informe derechos humanos salud mental prisión. *Observatorio Derechos Humanos Salud Mental y Prisión*. P.12-15.

⁴² España, C. S. M. (2020). Apuntes sobre patología dual. Propuestas de la Red Salud Mental España. P. 7-10.

trastorno. El desarrollo y las causas de esta patología se puede diferenciar por el orden de aparición de los trastornos. Se entiende que las adicciones aumentan la posibilidad de la aparición de un trastorno mental, y el trastorno mental es un factor de riesgo para conducir a una adicción. También pueden darse casos de adicción a causa de la medicación recetada para paliar los trastornos psiquiátricos. Pero también se dan supuestos en los que no existe causa-efecto entre la adicción y el trastorno mental.

B) Población española con trastorno mental

Los trastornos mentales son una parte significativa de la salud pública en la sociedad actual. Es innegable que, a lo largo de los años, ha aumentado la conciencia y comprensión ante estos trastornos, así como una reducción del estigma asociado a ellos. Sin embargo, aún persisten numerosos desafíos en términos de acceso a la atención, estigmatización y comprensión general.

Dentro de la sociedad española, se establecen una serie de desórdenes psicológicos predominantes, entre los cuales destacan los siguientes⁴³.

Destacan los problemas de salud mental generales, entre los cuales se encuentran: el trastorno depresivo, el trastorno de ansiedad, trastorno por reacción de adaptación, trastornos del sueño, trastornos de personalidad, trastorno por somatización, anorexia nerviosa o bulimia, la fobia y el trastorno obsesivo compulsivo, siendo uno de los más frecuentes los trastornos del sueño.

Dentro de problemas psicóticos, destacan la psicosis y la esquizofrenia. Durante estos episodios, el sujeto entra en un estado mental en el cual experimenta una pérdida de contacto con la realidad.

En lo relativo a alteraciones cognitivas, se encuentra la demencia, produciendo un fuerte deterioro en la memoria.

En la categoría de problemas específicos en menores de 25 años, abundan los trastornos hipercinéticos, los problemas específicos de aprendizaje, la enuresis y los problemas de conducta alimentaria.

Dentro de la utilización de psicofármacos y otros medicamentos de acción sobre el Sistema Nervioso Central abundan los antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos y sedantes, además de los antipsicóticos, fármacos anti-demencia y psicoestimulantes. Es

⁴³ ZABALA BAÑOS, C., *Prevalencia de trastornos...*cit. P 33-36.

necesario que aquellas personas que tomen medicamentos para trastornos mentales estén bajo la supervisión y el seguimiento de un profesional de la salud mental, ya que garantiza que se utilicen de manera adecuada y se monitoricen los efectos secundarios, debido a que existen ciertos peligros ante el consumo de estos fármacos, como pueden ser la adicción y la dependencia.

Existe un predominio femenino en la población adulta y masculino en niños y jóvenes. Aquellos trastornos que afectan más a mujeres son el trastorno de anorexia nerviosa, trastorno depresivo, ansiedad, reacción adaptativa, fobia y psicosis afectiva. También presentan mayor frecuencia en mujeres los trastornos de somatización, demencia, alteraciones de la memoria y psicosis orgánica. En el hombre son más comunes los tics, tartamudeo, esquizofrenia y trastornos de personalidad. Dentro de la infancia y la adolescencia, predominan en los hombres los trastornos hipercinéticos, los problemas específicos de aprendizaje y enuresis y síntomas del comportamiento.

Se determina que existe una mayor frecuencia en mujeres (un 30,2%) que en hombres (un 24,4%), aunque la edad puede ser un factor variable, ya que hasta los 19 años los trastornos mentales predominan más en hombres y a partir de los 20 predominan más en mujeres⁴⁴.

2. Marco Jurídico

Específicamente en materia de salud mental, la normativa en nuestro país queda establecida en:

En primer lugar, la Constitución Española garantiza la protección de la salud y promueve políticas de prevención, tratamiento, rehabilitación e integración de las personas con discapacidad, ofreciéndoles la atención especializada que requieran, conforme a los artículos 25.2, 43 y 49. Además de reconocer el derecho a la protección a la salud, atribuye a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública, mediante la adopción de esas medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

⁴⁴ “Salud mental en datos: Prevalencia de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria”. Informe Ministerio de Sanidad, diciembre de 2020. P. 6-13.

El enfermo mental goza de la situación de ciudadano, contando con los derechos fundamentales reconocidos a todos los españoles en la Constitución. La existencia de un trastorno mental no le convierte en ciudadano de segunda categoría ni, por consiguiente, en un sujeto privado de los derechos comunes a los demás ciudadanos. Más bien, al contrario, goza de una especial protección asistencial y jurídica en atención a su específica minusvalía.

Por otro lado, el CP contempla la exención de responsabilidad penal y la aplicación de medidas de seguridad en casos donde la persona, debido a una anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilegalidad del acto cometido o tenga seriamente alterada su percepción de la realidad desde el nacimiento o la infancia. Además, detalla las circunstancias atenuantes en los casos en que no se cumplan todos los requisitos para eximir de responsabilidad.

La LOGP permite mantener en prisión a reclusos considerados extremadamente peligrosos o con problemas de adaptación, justificando esta medida con razones objetivas. Su permanencia dependerá de la evolución de las circunstancias que motivaron su ingreso. Además, la ley separa a los internos con enfermedades físicas o mentales del resto, asegurando atención adecuada a sus necesidades de salud. Cada centro penitenciario debe contar con al menos un médico general con conocimientos psiquiátricos para cuidar la salud mental de los internos y estos pueden recibir atención en instituciones hospitalarias penitenciarias o en casos de urgencia, en otros centros hospitalarios⁴⁵.

Finalmente, en el ámbito de la sanidad, la Ley 16/2003, de 9 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud Pública establece disposiciones relativas a la atención sanitaria en general, sin dejar de lado la atención a las necesidades específicas de salud mental.

Se destaca también la Ley 6/2023, de 22 de marzo, de las personas con problemas de salud mental y sus familias, además de la Ley 6/2022 de 31 de marzo, de modificación del Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, para establecer y regular la accesibilidad cognitiva y sus condiciones de exigencia y aplicación.

⁴⁵ LOGP de 1979. Art. 36.1.

En lo relativo al enjuiciamiento, se debe tener en cuenta que aquellos sujetos enjuiciados que tienen un trastorno mental no son capaces de conocer bien y participar de forma correcta en el proceso, y la salud mental en determinadas ocasiones no consta en las actuaciones.

De acuerdo con *Tomás Farto Piay*⁴⁶, dentro de la doctrina jurisprudencial existen dos posiciones: la celebración del juicio oral de la persona con trastorno mental con imposición de medida de seguridad en sentencia y la idea de que ese sujeto no tiene la capacidad necesaria para participar en el proceso judicial, por lo que se declara la nulidad del juicio oral.

La actuación del Derecho Penal, con uno de sus objetivos de prevenir la comisión de delitos tanto de manera general como específica, inicialmente se dirige únicamente hacia aquellos individuos que son moralmente responsables de sus acciones (capacidad de culpabilidad). Esto implica que son conscientes de transgredir normas sociales fundamentales y actúan con desprecio hacia el acuerdo social básico que respalda la aplicación de castigos legales, a pesar de tener la capacidad de optar por comportarse de manera adecuada. Sin embargo, también se establece que no se puede atribuir responsabilidad penal a quienes, debido a alguna anomalía o trastorno psíquico, no pueden comprender la ilegalidad de sus acciones o actuar de acuerdo con ese entendimiento, es decir, son inimputables. Además, el Código Penal, contempla en su artículo 66, que los trastornos mentales pueden afectar de diversas maneras a la responsabilidad penal, pudiendo constituir una circunstancia atenuante, tanto privilegiada como ordinaria, o incluso eximir completamente de responsabilidad.

Se debe destacar la diferencia existente entre capacidad procesal e inimputabilidad en el ámbito jurídico. La primera consiste en la aptitud para poder formar parte de manera consciente en un juicio, y, por otra parte, la inimputabilidad trata de la habilidad de culpabilidad de un individuo para imponer una pena en base a un delito cometido. Un sujeto puede contar con la capacidad de ser inimputable, pero contar con capacidad procesal, o ser imputable, pero carecer de capacidad procesal. Dentro de este segundo caso en el que carecen de capacidad procesal, su tratamiento actual en el derecho penal es muy criticado, ya que se pretende que se sujeten a procedimientos y medidas

⁴⁶ Piay, T. F. (2021). EI ENJUICIAMIENTO PENAL DE LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL. *Estudios penales y criminológicos*, 41, 895-939.

cautelares, además de privación de libertad, sin imponer una pena en sentido estricto, únicamente medidas de seguridad⁴⁷.

Dentro de la LECrim, en su artículo 448, se habla sobre este aspecto de la incapacidad en el momento del delito y su persistencia durante el proceso, además de la incapacidad sobrevenida al delito, y las medidas de seguridad aplicables como forma de sanción por su peligrosidad delictiva o criminal, pudiendo ser tanto privativas como no privativas de libertad.

Existe una crítica ante el internamiento en centros penitenciarios en lugar de centros psiquiátricos comunitarios, dando importancia a tener en cuenta medidas alternativas a la prisión y la necesidad de colaboración entre juristas y psiquiatras para tratar este problema ante los tribunales.

V. SISTEMA PENITENCIARIO ESPAÑOL Y SALUD MENTAL

1. Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales

Los programas de tratamiento tratan de responder a problemáticas concretas que se hallan presentes en los internos y relacionadas con su actividad delictiva.

Tal y como explica *Carmen Zabala Baños*⁴⁸, existen múltiples programas dirigidos al tratamiento de reclusos con trastornos mentales, entre los que se encuentran:

- Programas dirigidos a delitos graves como la agresión sexual y la violencia de género.
- Programas de atención a drogodependencias y alcoholismo, programas de reducción del daño como el intercambio de jeringuillas y el mantenimiento de metadona, los programas de educación para la salud y los programas de intervención de recaídas.
- Programas de intervención para internos con discapacidad intelectual.
- Programas de Atención Integral a Enfermos Mentales (PAIEM).

⁴⁷ Baulies, A. A. (2011). Inimputabilidad y medidas penales alternativas. *Informaciones psiquiátricas: Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús*, (205), P. 239-252.

⁴⁸ ZABALA BAÑOS, C., *Prevalencia de trastornos...cit.* P. 51-52.

- Programas de juego patológico.
- Programa de prevención de suicidios.
- Programas dirigidos al establecimiento de módulos de respeto con el fin de alcanzar un adecuado clima social, basado en el respeto y la convivencia.
- Programa de terapia asistida con animales especializado en internos emocionalmente inestables con problemas de afectividad, baja autoestima, problemas de adaptación y de conducta, déficit de relaciones interpersonales e internos con patología psiquiátrica.

Estos programas están dirigidos a todos los presos, no solo a aquellos que cuentan con algún trastorno mental.

Dentro de este ámbito, nos vamos a centrar en los Programas de Atención Integral a Enfermos Mentales, conocido como PAIEM. Este programa fue puesto en marcha en el año 2009, para hacer frente a la situación de especial vulnerabilidad de aquellas personas con trastornos mentales dentro de prisión. Se basa en los principios de multidisciplinariedad, equidad, continuidad asistencial y diseño de programas individualizados, con el objetivo de la integración⁴⁹.

El principal objetivo de este programa es prestar la necesaria atención clínica para poder alcanzar un nivel adecuado de rehabilitación psicosocial y reincorporación social, y gracias a él, la situación de las personas con diagnóstico psiquiátrico ha mejorado notablemente. A pesar de ello, la falta de recursos en las prisiones imposibilita el adecuado cumplimiento de los objetivos del programa, y a todo ello se juntan los obstáculos que se les presentan a los reclusos a la hora de la reincorporación social, sobre todo cuando carecen de acogida y recursos económicos, tal y como establece un Informe sobre Salud Mental en prisiones⁵⁰.

De acuerdo con lo establecido en el Observatorio de Derechos Humanos⁵¹, existen tres niveles en los que se dividen las personas que forman parte del programa, atendiendo a su posibilidad de convivir en módulos ordinarios y no a la magnitud de su patología. El primero es el nivel de buena respuesta, en el cual no existen conductas de riesgo y se considera oportuno residir en los módulos ordinarios. El segundo nivel es el de respuesta

⁴⁹ Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2009). Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios (PAIEM). P. 1-3.

⁵⁰ “Informe Salud Mental en Prisiones” Elaborado por la Sección Sindical Estatal de CCOO en Instituciones Penitenciarias. P. 5-8.

⁵¹. Vilata, J. (2022). Informe derechos humanos salud mental prisión...*cit.* P. 13.

parcial, para aquellos sujetos en los cuales persisten síntomas positivos, pero también residen en los módulos ordinarios. El tercer y último nivel es para aquellas personas que cuentan con conductas de riesgo y por ello dificultades para la vida diaria, considerando que deben ingresar en el módulo de enfermería o módulo PAIEM.

En lo relativo al diagnóstico, entran en este programa personas con trastornos muy complejos y crónicos, los cuales se encuentran en conexión con factores sociales y físicos los cuales provocan un empeoramiento de su pronóstico y tratamiento, como por ejemplo la adicción a las drogas. Los diagnósticos mayoritarios son los adaptativos, con un 20%, los psicóticos con un 20% y los afectivos, con un 10%⁵².

Los adaptativos consisten en reacciones excesivas ante una situación de estrés las cuales incluyen pensamientos negativos, emociones fuertes y cambios en el comportamiento⁵³. Los trastornos psicóticos causan ideas y percepciones anormales, y los trastornos afectivos consisten en un conjunto de alteraciones psíquicas relacionadas con estados de ánimo que se manifiestan de forma extrema y patológica e interfieren en la funcionalidad de la persona deteriorando la autoestima⁵⁴. Además, se da la situación de que la mayoría de las personas PAIEM presentan patología dual, por lo que se debe prestar vital importancia a esta patología, debido a que es un gran factor de riesgo respecto al suicidio. Sin embargo, según el Programa Marco de Prevención de Suicidios⁵⁵, no se establece ninguna relación concreta entre la patología dual y el suicidio, sin considerar que el primero sea un factor de riesgo para el segundo.

Son tres los escenarios que se presentan⁵⁶:

1. Debido a los juicios rápidos, puede darse que el sujeto experimente síntomas, pero el diagnóstico no se tiene en cuenta.
2. Pueden diagnosticar al sujeto dentro de prisión. Esto puede ocurrir porque la prisión ha sido un factor que ha contribuido a la manifestación del trastorno, o porque estaba fuera del sistema de atención médica y no se

⁵² Vilata, J. (2022). Informe derechos humanos salud mental prisión. *Observatorio Derechos Humanos Salud Mental y Prisión*. P. 14.

⁵³ Strain, J. J., Newcorn, J., Wolf, D., & Fulop, G. (1996). Trastorno adaptativo. *RE Hales, SC Yudofsky & JA Talbott, Tratado de Psiquiatría*, 711-722.

⁵⁴ Strain, J. J., Newcorn, J., Wolf, D., & Fulop, G. (1996). Trastorno adaptativo. *RE Hales, SC Yudofsky & JA Talbott, Tratado de Psiquiatría*, 711-722.

⁵⁵ Programa Marco de Prevención de Suicidios. I-5/2014 SGIIPP. ACAIP.

⁵⁶ Vilata, J. (2022). Informe derechos humanos salud mental prisión. *Observatorio Derechos Humanos Salud Mental y Prisión*. P. 14.

detectó ni previno adecuadamente el trastorno, siendo la prisión la primera interacción con los servicios de salud mental.

3. El enfermo está diagnosticado y, aunque no es imputable, termina cumpliendo una condena porque la prisión se usa de manera inapropiada como un recurso de atención para personas con enfermedades mentales que cometen delitos.

Dentro de la medicación de los PAIEM, la sobre medicación constituye un desafío generalizado tanto para los profesionales de la salud como para los pacientes. Según el autor *García López*, se observan situaciones donde se realizan cambios inapropiados en la medicación, se administran dosis incorrectas y se recurre a la administración de fármacos por vía intravenosa debido a la escasez de personal y recursos, así como para prevenir el riesgo de suicidio o la venta ilegal de medicamentos. Además, el equipo médico enfrenta obstáculos para obtener ciertos medicamentos psiquiátricos o dosis específicas, lo que complica el tratamiento adecuado, aunque hoy en día son muy escrupulosos y atentos con la medicación. También se resalta que, al derivar casos a unidades psiquiátricas, estos pueden ser rechazados o no recibir una atención completa debido a la presencia de agentes de seguridad armados, y que los hospitales psiquiátricos a menudo carecen de capacidad de internamiento, lo que restringe su capacidad para admitir pacientes⁵⁷.

Los servicios de hospitalización y atención especializada son administrados por entidades tanto públicas como privadas, pero deben seguir normativas específicas. Esto implica tener servicios médicos completamente equipados y disponibles para atender a los internos en todo momento, ya sea en situaciones habituales o de emergencia. La decisión de hospitalizar a un interno, basada en recomendaciones médicas, recae en el director del centro, quien podría carecer de formación médica, lo que plantea un dilema sobre quién debería tener la autoridad para tomar esta decisión⁵⁸.

1. Programa Puente

⁵⁷ García López, V. (2019). Programas específicos de tratamiento en las prisiones españolas: control de la agresión sexual, atención integral a enfermos mentales y unidades terapéuticas y educativas. P. 190-194.

⁵⁸ Vilata, J. (2022). Informe derechos humanos salud mental prisión. *Observatorio Derechos Humanos Salud Mental y Prisión*. P. 20.

En relación con el programa PAIEM, aparece el llamado Programa Puente. De acuerdo con los Informes Generales⁵⁹, durante los años 2014 y 2015, se implementó el Programa Puente por parte de la Subdirección de Coordinación de Sanidad Penitenciaria y la Subdirección General de Medio Abierto y de Penas y Medidas Alternativas.

Este programa se centra en la parte clínica, y tiene como objetivo la reinserción social de aquellas personas las cuales forman parte del programa PAIEM al inicio de su periodo de libertad, por medio de la articulación y colaboración entre las distintas entidades e individuos involucrados en el proceso de reintegración de personas con diagnóstico psiquiátrico y responsabilidades legales. De esta forma, las personas con trastornos mentales graves alcanzan la capacidad para lograr autonomía y tomar decisiones por sí mismas, alcanzando la independencia de su situación de exclusión⁶⁰.

Este programa cuenta con proyectos para mejorar la situación de los reclusos con un trastorno mental grave por medio de una intervención psicosocial coordinada. Por ejemplo, se llevan a cabo talleres de evaluación inicial (TAEVI) y programas de duración media de evaluación e intervención (MEI). En la primera fase del programa, debe llevarse a cabo la declaración del problema de salud de forma voluntaria, con el posterior comienzo del programa de evaluación, con el fin de llegar a una propuesta de plan de intervención. Para ello, es necesario que se realicen entrevistas a todas aquellas personas que inicien el TAEVI, por parte de médicos, psicólogos o enfermeros, y en caso de que tras la entrevista se entienda que no hay trastorno mental grave, se pone fin al taller. Si se entiende que existe trastorno, comienza el Módulo Corto para Evaluación y Planificación de Intervención (COEPI), el cual permite la evaluación psicosocial y la planificación de la intervención, junto con el apoyo para conectar a los usuarios con servicios de atención sanitaria o social si es necesario. Tras finalizar el TAEVI, comienza el MEI, consistiendo en un conjunto de Programas Asistenciales por medio de los cuales se llevan a cabo las intervenciones psicosociales que han sido planificadas en el módulo COEPI⁶¹.

⁵⁹ Informe General 2022 C.I.S de Murcia, Guillermo Miranda. Ministerio del Interior, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. P. 144.

⁶⁰ *Programa Puente Extendido: Salud Mental en Penas y Medidas Alternativas*. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. P. 14.

⁶¹ *Programa Puente Extendido: Salud Mental en Penas y Medidas Alternativas*. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. P. 17-22.

Se establecen unos indicadores de calidad y de cumplimiento, con el fin de evaluar la calidad y efectividad de este programa, y confirmar que los objetivos se cumplen de manera adecuada y sistemática⁶².

3. Tratamiento de los enfermos mentales en Centros Penitenciarios Ordinarios

En la sociedad actual, hay un aumento significativo de personas que sufren trastornos mentales, esto es notable en las prisiones, donde hay una sobrerrepresentación de personas con problemas de salud mental en comparación con la población general. Esto se debe principalmente a la escasez de los hospitales psiquiátricos penitenciarios, así como al crecimiento de la población marginada y sin recursos en una sociedad competitiva y neoliberal. La ausencia de alternativas para el tratamiento de los enfermos mentales infractores es abrumadora⁶³.

A) Perfil de los enfermos mentales que están en prisión

El informe sobre los enfermos mentales en las prisiones ordinarias⁶⁴ establece un perfil determinado. Muchos de estos presos sobreviven a situaciones marginales graves, lo que provoca que sus patologías se vean agravadas, además estas no se tratan, lo que da lugar a que aumente la aparición de patologías duales, y su tratamiento y reinserción se ve dificultado.

Este mismo informe establece que la situación de inadaptación social provoca que se dé un aumento en su comisión de delitos, al existir cada vez más enfermos mentales en las calles sin atención sanitaria y con ausencia de recursos de apoyo.

De acuerdo con Mora⁶⁵, la saturación, la fatiga y el tedio generados por la falta de acceso a actividades y la presión del encierro llevan a muchos de ellos a recurrir al consumo de sustancias, lo que también empeora sus condiciones médicas.

Además, a estas circunstancias, si le sumamos el fracaso en el tratamiento, da lugar a un aumento en los intentos de suicidio, teniendo en cuenta que una gran parte de los internos

⁶² Programa Puente Extendido: Salud Mental en Penas y Medidas Alternativas. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. P. 24.

⁶³ Mora, M. I., & Andalucía, M. D. (2007). Enfermos mentales en las prisiones ordinarias...cit. P. 4.

⁶⁴ Mora, M. I., & Andalucía, M. D. (2007). Enfermos mentales en las prisiones ordinarias...cit. P. 1-25.

⁶⁵ Mora, M. I., & Andalucía, M. D. (2007). Enfermos mentales en las prisiones ordinarias...cit. P. 1-25.

no ingresados en la enfermería cuentan con un riesgo mucho mayor que los que se encuentran ingresados, los cuales cuentan con mayor atención, vigilancia y cuidados.

A pesar de lo plasmado por este autor, este tratamiento no se considera un fracaso, debido a que existe un profundo seguimiento y evaluación del programa, después de llevar a cabo los procesos adecuados para la detección de los casos y su correcto diagnóstico. Además, también existe el objetivo de continuar con el tratamiento, cuidados y apoyo una vez el interno ha abandonado el centro penitenciario⁶⁶.

B) Asistencia sanitaria

La Ley General Penitenciaria establece los requisitos mínimos para la atención médica en los centros penitenciarios, necesitando al menos un médico general con conocimientos psiquiátricos, además de ayudante técnico sanitario, odontólogo y personal auxiliar adecuado. Se refleja el derecho de los internos para ser atendidos en hospitales penitenciarios y asistenciales, además de poder solicitar servicios médicos de profesionales externos a su costa, excepto si existen razones de seguridad que lo impidan.

El mismo informe defiende que la presencia de psiquiatras en las cárceles deja mucho que desear. Si bien hay psicólogos que forman parte del personal médico de la institución, su labor se limita principalmente a evaluar la posible peligrosidad de los internos dentro de la prisión y a clasificar su nivel de régimen mediante pruebas instrumentales. Esta red de atención médica está bajo la gestión de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Los médicos de prisiones se ven limitados no solo por temas de salud, sino también por criterios de seguridad.

4. Relación Trastorno mental-delito-reincidencia

*Carmen Zabala Baños*⁶⁷ plantea que lo que realmente necesitan estas personas con trastornos mentales es recibir tratamiento fuera de prisión, en instalaciones especializadas. Se hace hincapié en la falta de programas de rehabilitación diseñados para ayudar en la adaptación a la vida carcelaria, y se plantea la importancia de asegurar una

⁶⁶ Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2009). Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios (PAIEM). P. 3-12.

⁶⁷ ZABALA BAÑOS, C., *Prevalencia de trastornos...cit.*

atención adecuada a sus necesidades específicas mientras se desarrollan recursos externos para su tratamiento. También se enfatiza la relevancia de que participen en actividades laborales, educativas y deportivas, aunque suelen mostrar resistencia debido a sus problemas de estabilidad y dificultades en el tratamiento.

Como sabemos, el artículo 25.2 de la Constitución Española establece que “las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social de los condenados”. Esto implica que el sistema penitenciario debe buscar la rehabilitación del individuo para su eventual reincorporación a la sociedad como un ciudadano rehabilitado y productivo.

Se suele estigmatizar a menudo a las personas con trastornos mentales, especialmente a aquellas que padecen esquizofrenia, etiquetándolas como individuos peligrosos y propensos a la violencia. Esto genera actitudes de rechazo y temor en su entorno, lo que aumenta las posibilidades de que sufran estigmatización y exclusión social.

La OMS señaló que son las personas sin trastornos mentales las que cometen actos violentos con mayor frecuencia que aquellas con enfermedades mentales⁶⁸.

Diversos factores se entrelazan en una misma persona y situación para desencadenar comportamientos violentos. Existen cuatro tipos de factores identificados por la OMS⁶⁹:

- Aspectos biológicos y personales, como la edad, el género, el nivel educativo, el estatus socioeconómico, la presencia de trastornos mentales, trastornos de personalidad, el consumo de sustancias, antecedentes de comportamiento agresivo y haber sido víctima de violencia, donde el consumo de drogas y experiencias previas de violencia aumentan el riesgo de violencia.

- Aspectos sociales, como las relaciones familiares, de pareja y amistades.

- Aspectos comunitarios, como el entorno y contexto, los cuales pueden fomentar o inhibir la violencia, siendo los entornos penitenciarios un ejemplo de entornos hostiles que generan conflictos interpersonales.

- Aspectos culturales, como una cultura de violencia en ciertas sociedades o estilos de vida. Además, la falta de tratamiento médico-psiquiátrico y de rehabilitación, así como la

⁶⁸ “Informe mundial sobre la violencia y la salud”. Organización Mundial de la Salud, Ginebra. *World Health Organization (WHO)*. P. 4-9.

⁶⁹ Aguilar Carceles, M. M. (2021). Conducta violenta, responsabilidad penal y ciencias del comportamiento. *Revista General de Derecho Penal*. P. 97-99.

exclusión social, son factores relevantes en la determinación de comportamientos violentos.

Es algo común en la sociedad relacionar aquellos sucesos despiadados que suceden en su ambiente con el padecimiento de una enfermedad psicopatológica. Suele ser un pensamiento recurrente la idea de que aquellos crímenes los cuales carecen de explicación se originan debido a la enfermedad mental del autor. En esto se hace uso de la “hipótesis psicopatológica”, considerando que la gran parte de las acciones que resultan difíciles de comprender debido a su crueldad son llevadas a cabo por individuos que sufren de algún trastorno mental⁷⁰.

Dentro del sistema penitenciario español, el tipo delictivo de mayor reincidencia sería el hurto, posteriormente el robo, los delitos contra la salud pública y por último los delitos de violencia de género⁷¹. De acuerdo con *Esther Hava García*⁷², al abordar los factores que predicen la reincidencia delictiva en individuos con trastorno mental, se distinguen entre factores relacionados con aspectos no clínicos y factores vinculados a aspectos clínicos. Entre los primeros se incluyen el historial previo de encarcelamiento, la juventud, el género masculino, el tipo de delito, las condiciones de vida precarias o la falta de vivienda, y una extensa historia criminal. Respecto a los aspectos clínicos, destaca el abuso de sustancias, corroborando su relación con el comportamiento delictivo y la reincidencia, particularmente mayor en consumidores de heroína y anfetaminas en comparación con aquellos que consumen alcohol, cannabis, opioides o alucinógenos, y aún más elevado en individuos que consumieren múltiples drogas o que tienen un historial de abuso de drogas inyectables.

La eficacia del tratamiento penitenciario para los enfermos mentales es un tema complejo y controvertido. Surge la pregunta de por qué, a pesar de las leyes existentes, los dos hospitales psiquiátricos penitenciarios en España enfrentan problemas de sobreocupación. La eficacia del tratamiento depende en gran medida de la calidad y

⁷⁰ García, E. H. (2021). Enfermedad mental y prisión: análisis de la situación penal y penitenciaria de las personas con trastorno mental grave (TMG). *Estudios penales y criminológicos*, 41, 59-135.

⁷¹ *Estudio de reincidencia penitenciaria 2009-2019*. Ministerio del Interior- Secretaría General Técnica. P.59-65.

⁷² García, E. H. (2021). Enfermedad mental y prisión: análisis de la situación penal y penitenciaria de las personas con trastorno mental grave (TMG). *Estudios penales y criminológicos*, 41, 59-135.

continuidad del cuidado proporcionado. Según las estadísticas, más del 4% de los presos en cárceles en régimen ordinario sufren trastornos mentales graves. Las reformas en este ámbito buscan mejorar las condiciones y los resultados, pero aún queda mucho por hacer para garantizar que los reclusos con enfermedades mentales reciban el tratamiento adecuado y humano que necesitan⁷³.

Por ello, se establecen una serie de alternativas, recomendaciones y posibles soluciones dentro del marco jurídico.

5. Soluciones dentro del Marco Jurídico

Para gestionar a aquellos reclusos con trastornos mentales, se establecen una serie de alternativas jurídicas, y se destaca la ausencia de aplicación de la gran mayoría de medidas existentes en el marco jurídico actual. Algunas de las opciones principales a aplicar son⁷⁴:

- Facilitar las salidas terapéuticas dirigidas a los reclusos clasificados en segundo grado, entre los que se cuentan frecuentemente los enfermos mentales, teniendo estos la oportunidad de involucrarse en programas externos de cuidado especializado⁷⁵.
- La posibilidad de adelantar la libertad condicional, pero los enfermos mentales no suelen acceder a las actividades que llevan a ello⁷⁶.
- Otorgamiento de un régimen abierto para aquellos penados de tercer grado, pero también es poco utilizada para los enfermos mentales⁷⁷.
- La concesión del tercer grado a enfermos muy graves por razones humanitarias, pudiendo aplicarse a enfermos mentales⁷⁸.

⁷³ Mora, M. I., & Andalucía, M. D. (2007). Enfermos mentales en las prisiones...cit. P. 1-25.

⁷⁴ Mora, M. I., & Andalucía, M. D. (2007). Enfermos mentales en las prisiones...cit. P. 12-15.

⁷⁵ Art117. Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. «BOE» núm. 40, de 15/02/1996.

⁷⁶ Art 91. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. «BOE» núm. 281, de 24/11/1995.

⁷⁷ Art 86.4. Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. «BOE» núm. 40, de 15/02/1996.

⁷⁸ Art 104. Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. «BOE» núm. 40, de 15/02/1996.

Aunque existen recursos para trasladar a los enfermos mentales fuera de prisión, su implementación es limitada por falta de recursos e infraestructura adecuada, lo que sugiere la necesidad de alternativas al encarcelamiento, pero también es esencial desarrollar recursos externos para su adecuada derivación, los cuales son insuficientes actualmente.

Se establecen una serie de recomendaciones⁷⁹ las cuales buscan garantizar una atención más humana y efectiva, que permita la rehabilitación y reincorporación social de los internos, en lugar de limitarse a un enfoque punitivo que no aborda las causas subyacentes de sus comportamientos. Algunas de estas recomendaciones son las siguientes:

- Aumento de prioridad política y partidas presupuestarias destinadas a salud mental.
- Establecimiento de trabajo en red de profesionales de diferentes sectores, tanto sanitarios como no sanitarios, hasta lograr la rehabilitación.
- Aceptación de competencias de salud penitenciaria y su inclusión en el sistema de salud pública.
- Establecimiento de equipos de salud mental provincial, constituido por personas especialistas en psiquiatría, psicología clínica y enfermería, atendiendo a la población privada de libertad y sirviendo de enlace con la red de salud mental cuando los reclusos se ponen en libertad. Además de la creación de Unidades de Conductas Adictivas en cada provincia, trabajando con el equipo de salud mental de prisiones.
- Aumentar la importancia de la prevención, con la detección temprana y el seguimiento médico necesario.
- Atención adecuada dentro de la prisión a aquellas personas con problemas de salud mental, como reacción ante el fallo en la prevención y atendiendo al gran número de presos con trastornos mentales. Para poder llevar a cabo esto, es necesario dotar a los centros penitenciarios de equipos multidisciplinares especializados en salud mental. También se deben establecer espacios donde los reclusos con trastornos estén adecuadamente atendidos.
- Invertir en recursos alternativos a la prisión especializados para aquellos perfiles de personas inimputables que cumplen condena en centros penitenciarios como consecuencia a la falta de otros recursos.

⁷⁹ Vilata, J. (2022). Informe derechos humanos salud mental prisión. *Observatorio Derechos Humanos Salud Mental y Prisión*. P. 55-57.

-Establecimiento de una sección de gestión de casos, contando con la participación de agentes implicados, como son: judicatura, Consejo de Sanidad, Consejo de igualdad y políticas inclusivas, tercer sector y Servicios Sociales.

-Cierre definitivo de los Centros de Internamiento de Extranjeros. Según la opinión del profesor *Vilata*, además de vulnerar los derechos humanos, son desproporcionados, inútiles, caros y vulneran los derechos humanos. Este autor defiende que no se puede justificar la privación de libertad de personas las cuales no han llevado a cabo ningún delito.

Con estas soluciones dentro del marco jurídico y las múltiples recomendaciones, se busca lograr una mejora en el tratamiento recibido por parte de aquellos presos que lidian con trastornos mentales, ya que es una situación muy complicada de gestionar, pero pueden encontrarse los recursos necesarios para que se cumplan sus necesidades.

A continuación, procedo a tratar una cuestión la cual es objeto de múltiples teorías. Se trata sobre el planteamiento de si aquellos reclusos que padecen algún tipo de trastorno mental deben encontrarse en módulos a parte con aquellos que tienen su misma condición o si deben mezclarse con el resto de los presos, los cuales no padecen ninguna enfermedad mental. Ambas perspectivas cuentan con sus ventajas y desventajas.

En el supuesto de que los reclusos convivan con el resto de presos sin trastornos mentales, puede dar lugar a que se adapten con mayor facilidad a la sociedad con la que se van a encontrar al salir de prisión. Esto puede favorecer a su reinserción, ya que cuando estén en libertad, su día a día no va a poder ser supervisado por alguien en muchos casos, y de esta manera pueden adaptarse mejor a una convivencia en sociedad con gente que no se encuentra en su misma situación. Pero esto me parece muy complicado de llevar a la práctica. La presencia de reclusos PAIEM entre los demás presos puede dar lugar a que los primeros sean víctimas de abuso de todo tipo por parte de estos, ya que los ven como presas fáciles y con mayor dificultad para defenderse.

Por otro lado, existe el supuesto de que los PAIEM se encuentren separados en un módulo especial. De esta forma, se prevendría radicalmente ese abuso por parte de los demás presos, al encontrarse separados y sin tanta convivencia. Además, podrían contar con más tratamientos especializados, dirigidos a favorecer su reinserción y reeducación evitando alteraciones innecesarias o malas experiencias dentro de prisión. Es cierto que, de esta

manera, no conviven con personas sin trastornos mentales, situación con la cual se encontrarán al salir de prisión, como he dicho anteriormente. Pero debe tenerse en cuenta, que un trato adecuado en prisión y una buena experiencia es algo muy recomendable para estos reclusos, ya que se encuentran en una situación especial, y dependiendo del trastorno que tengan, si viven situaciones traumáticas dentro del centro penitenciario, quizás su diagnóstico pueda empeorar.

VI. CONCLUSIONES

La oportunidad de elaborar un Trabajo de Fin de Grado sobre este tema el cual considero de gran interés, me ha permitido actualizar y ampliar mis conocimientos sobre el Derecho Penitenciario, además de poder analizar el tratamiento de los enfermos mentales dentro de las prisiones.

Se trata de una temática muy amplia, la cual cuenta en ocasiones con más referencias de opinión y de estudios al respecto que con normativa. Como se ha visto, desde la promulgación de la Constitución Española, el marco legal del país ha experimentado notables cambios, sobre todo en el ámbito del derecho penal. Se destaca la mejora en la protección de los derechos de los internos, con una atención especial a aquellos que sufren de trastornos mentales graves. Es de gran relevancia el artículo 25 de esta ley, el cual habla sobre la reeducación y reinserción social, siendo los principales objetivos de las penas privativas de libertad. La LOGP y el Reglamento Penitenciario son necesarios para el correcto funcionamiento de las prisiones españolas en base a esa reinserción social establecido en la Constitución.

Con el fin de favorecer a la reinserción y reeducación, existen múltiples programas de tratamiento dirigidos a los presos, y algunos de ellos están especializados en aquellos que sufren de trastornos mentales. Entre ellos destaca el Programa de Atención Íntegra a Enfermos Mentales, con el fin de dar respuesta a aquellas necesidades en materia de salud mental de la población interna en los centros penitenciarios.

En lo relativo a la reincidencia, existe una correlación entre la presencia de trastornos mentales en la población penitenciaria y la reincidencia delictiva. Esto puede ser provocado en parte por la ausencia de tratamientos adecuados y continuos, perpetuando el ciclo de delito y reclusión. Para afrontar esto, es de vital importancia dar con programas de rehabilitación específicos que aborden la salud mental y los comportamientos delictivos, pudiendo proporcionar una atención integral.

A pesar de los importantes avances legislativos llevados a cabo, esta puesta en funcionamiento de programas adecuados para reclusos con enfermedades mentales sigue siendo un gran desafío. Esto se debe a la escasez de personal capacitado y la falta de recursos financieros, dificultando la prestación de una atención adecuada a estos reclusos. Por ello, para poder lograr la mejora de la efectividad de los tratamientos, se deben adoptar enfoques multidisciplinarios. Esto incluye atención médica, psicológica y apoyo social, tanto dentro de las prisiones como cuando los internos sean liberados y se encuentren de nuevo en sociedad. Es muy importante continuar con el cuidado una vez después de su liberación, para poder favorecer su reinserción social y reducir el riesgo de reincidencia al que se someten.

En relación con esto, se establecen una serie de recomendaciones para lograr una mejora del sistema. Entre ellas se encuentra la importancia de aumentar los recursos dedicados a la salud mental dentro de las prisiones, además de favorecer el desarrollo de centros especializados y reforzar las redes de apoyo posteriores a la liberación. En lo relativo a estos centros especializados, hago referencia a los Centros Psiquiátricos, y en caso de mejorar su situación dentro de las prisiones, hago hincapié en la separación de aquellos presos con trastornos mentales del resto de reclusos, estableciendo módulos donde convivan entre ellos para centralizar su cuidado y establecer un buen ambiente.

VII. BIBLIOGRAFÍA

Normativa:

- Constitución Española 1978. «BOE» núm. 311, de 29/12/1978.
- Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria. «BOE» núm. 239, de 05/10/1979.
- Real Decreto de 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. «BOE» núm. 40, de 15/02/1996
- Real Decreto 515/2005, de 6 de mayo, por el que se establecen las circunstancias de ejecución de las penas de trabajos en beneficio de la comunidad y de localización permanente, de determinadas medidas de seguridad, así como de la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad. «BOE» núm. 109, de 7/5/ 2005. Modificado por el Real Decreto 1849/2009.
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. «BOE» núm. 281, de 24/11/1995.
- Real Decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal.«Gaceta de Madrid» núm. 260, de 17/09/1882
- La Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud constituye el marco básico legal de las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias que permiten garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud.
- Ley 6/2023, de 22 de marzo, de las personas con problemas de salud mental y sus familias. «BOR» núm. 59, de 24/03/2023, «BOE» núm. 96, de 22/04/2023.
- Ley 6/2022, de 31 de marzo, de modificación del Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, para establecer y regular la accesibilidad cognitiva y sus condiciones de exigencia y aplicación.«BOE» núm. 78, de 1 de abril de 2022
- Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. «BOE» núm. 289, de 03/12/2013.

- Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público. «BOE» núm. 236, de 02/10/2015.

Doctrina

- AGUILAR CARCELES, M. M. (2021). Conducta violenta, responsabilidad penal y ciencias del comportamiento. *Revista General de Derecho Penal*.
- BAULIES, A. A. (2011). Inimputabilidad y medidas penales alternativas. *Informaciones psiquiátricas: Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús*, (205).
- CORELLA, Á. S. (2016). Un análisis crítico de los centros de internamiento de extranjeros en España: normativa, realidad y alternativas. *Revista Telemática de Filosofía del Derecho*.
- CONEJO CERÓN, S., MOENO PERAL, P., MORALES ASENCIO, J. M., ALOT MONTES, A., GARCÍA-HERRERA, J. M., GONZÁLEZ LÓPEZ, M. J., ... & MORENO KÜSTNER B. (2014, August). *Opiniones de los profesionales del ámbito sanitario acerca de la definición de trastorno mental grave: un estudio cualitativo. In Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 37, No. 2, pp. 223-233). *Gobierno de Navarra. Departamento de Salud*.
- DÍAZ, C. R. F. (2015). Las relaciones del interno con el mundo exterior y su importancia para la reeducación y reinserción social. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*.
- *Estudio de reincidencia penitenciaria 2009-2019*. Ministerio del Interior-Secretaría General Técnica.

- España, C. S. M. (2020). *Apuntes sobre patología dual. Propuestas de la Red Salud Mental España*.
- FERNÁNDEZ, F. M., & Buergo, B. M. (2019). La determinación de la pena. Las instituciones individualizadoras y los sustitutivos de las penas privativas de libertad. In *Manual de introducción al Derecho Penal* (pp. 213-251). Boletín Oficial del Estado, BOE.
- FERRADÁS, B. C. (2020). *Los psiquiátricos penitenciarios: orígenes, evolución y actualidad*. Universidad de Alcalá, 2020.
- GARCÍA, E. H. (2021). Enfermedad mental y prisión: análisis de la situación penal y penitenciaria de las personas con trastorno mental grave (TMG). *Estudios penales y criminológicos*.
- G, V. (2019). Programas específicos de tratamiento en las prisiones españolas: control de la agresión sexual, atención integral a enfermos mentales y unidades terapéuticas y educativas.
- HERRERO, G. C. (2021). El tratamiento penitenciario como llave para la reeducación y reinserción social. *Gabilex: Revista del Gabinete Jurídico de Castilla-La Mancha*.
- *Informe Salud Mental en Prisiones*. Elaborado por la Sección Sindical Estatal de CCOO en Instituciones Penitenciarias.
- Informe General 2022 C.I.S de Murcia, Guillermo Miranda. Ministerio del Interior, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.

- *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra. *World Health Organization (WHO)*.
- MARTÍNEZ, J. U. (2001). El valor constitucional del mandato de resocialización. *Revista española de derecho constitucional*.
- MONTERO PÉREZ DE TUDELA, E. (2019). Editorial UCA. *La reeducación y la reinserción social en prisión: El tratamiento en el medio penitenciario español*.
- MORA, M. I., & Andalucía, M. D. (2007). Enfermos mentales en las prisiones ordinarias: un fracaso de la sociedad del bienestar. *Asociación pro-derechos humanos de Andalucía*.
- OSORIO, J. L. F. (2011). *Sistema de clasificación penitenciaria y el «periodo de seguridad» del art. 36.2 CP*. InDret.
- Página web de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. <https://www.interior.gob.es/opencms/es/el-ministerio/funciones-y-estructura/secretaria-general-de-instituciones-penitenciarias/>
- PIAY, T. F. (2021). El enjuiciamiento penal de las personas con problemas de salud mental. *Estudios penales y criminológicos*.
- PICÓN F.R (2008). *Los derechos de los reclusos en la jurisprudencia constitucional*. Editorial Universitas.
- *Programa Marco de Prevención de Sucidios*. I-5/2014 SGIIPP. ACAIP.
- *Programa Puente Extendido: Salud Mental en Penas y Medidas Alternativas*. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.

- RAYA, S. C. (2013). *Sobre el fin de la pena de prisión: análisis del principio de resocialización y su realidad en el sistema penitenciario español* (Doctoral dissertation, Universidad Pablo de Olavide).
- RAYA, S. C. (2015). La clasificación en grados. Análisis crítico de la normativa penitenciaria. *Revista de Derecho y proceso penal*, (38), 201-239.
- *Salud mental en datos: Prevalencia de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria*. Informe Ministerio de Sanidad, diciembre de 2020.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2009). Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios (PAIEM).
- STRAIN, J. J., Newcorn, J., Wolf, D., & Fulop, G. (1996). Trastorno adaptativo. *RE Hales, SC Yudofsky & JA Talbott, Tratado de Psiquiatría*.
- VILATA J. (2022). Informe derechos humanos salud mental prisión. *Observatorio Derechos Humanos Salud Mental y Prisión*.
- ZABALA BAÑOS, C., *Prevalencia de trastornos mentales en prisión: Análisis de la relación con delitos y reincidencia*. Premio Nacional Victoria Kent, Ministerio del Interior- Secretaría General Técnica, Madrid, 2016.

VIII. ANEXOS

A) Entrevistas

En esta parte se van a incluir una serie de preguntas formuladas a diversos profesionales cuyo trabajo se engloba dentro del ámbito penitenciario, entre ellos psiquiatras y juristas, cuyas respuestas han sido transcritas a continuación.

La primera pregunta fue dirigida a Lourdes Gil Paisán, coordinadora del área de tratamiento y gestión, Dirección de Ejecución Penal y Reinserción Social y Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, y a Jordi Camps Martí de Secretaría de Mesures Penals.

1. ¿Se realizan investigaciones periódicas para evaluar la efectividad de los programas de tratamiento para reclusos con trastornos mentales en el sistema penitenciario?

Lourdes respondió: “Se lleva a cabo un seguimiento de todos los programas de tratamiento realizados, para evaluar su efectividad, y en muchas ocasiones se pide ayuda a universidades. Este seguimiento permite conocer el alcance de intervención y permite realizar mejoras, tenemos la evaluación muy presente.”

Jordi Camps Martí, respondió: “En Cataluña, la evaluación de todos los programas de tratamiento es posible gracias a la colaboración un con una entidad externa”.

La segunda pregunta se dirigió a José María Civeira Murillo, psiquiatra colaborador con Pastoral Penitenciaria:

2. ¿Considera que los reclusos con trastornos mentales deberían estar en un módulo aparte o convivir con el resto de presos?

“Se establece que no debería de existir una legislación aparte para enfermos físicos, por supuesto, en el caso de enfermos mentales, hay supuestos de necesidad de tratamiento, pero debemos posicionarnos a favor de la integración, no de la segregación, por lo que considero que deben estar en los mismos módulos”.

Las preguntas que se plantean a continuación han sido respondidas por un profesor el cual trabaja en la prisión de Zuera, Javier Caballero.

1. ¿Cómo de buena considera que es la disponibilidad y la calidad de los servicios de atención médica y de salud mental dentro de la institución penitenciaria?

“Esta pregunta es bastante compleja, ya que todo depende del tipo de cárcel y sobre todo de la cantidad de población reclusa frente a los medios existentes. En el caso que conozco, la ratio internos-equipo médico es alta y el médico sólo puede ver a un módulo por día por lo que algunos internos tienen que esperar salvo que se considere urgente y son atendidos y trasladados a un hospital de manera inmediata. Por lo demás, la atención y seguimiento es similar a estar en la calle. Tienen su médico “digamos de atención primaria” en el centro penitenciario, y luego pueden salir a consultas especializadas a los hospitales de referencia (de Calatayud y el Servet en Zaragoza), operarles...etc. Y diariamente reciben su medicación correspondiente todo aquel que la tenga prescrita. Por ello, considero adecuada la disponibilidad y calidad de los servicios de atención médica y de salud mental.”

2. ¿Cómo se muestra el drogodependiente a la hora de relacionarse con el resto de los presos?

“Partimos de la base de que gran parte de los internos son drogodependientes. Dado que “no hay droga en los centros penitenciarios”, muchos de ellos toman metadona para suplir sus efectos e incluso ir desintoxicándose poco a poco. Esto es una de las prioridades de los Equipos de Tratamiento.

¿Qué sucede? Que realmente siempre entra algo de droga (en Daroca poca, la verdad) y efectivamente algunos siguen consumiendo. Pero esta situación se ve muy normalizada por el resto de los internos que no consumen. Así que los que no toman drogas pueden adoptar dos roles, los que los respetan y les dejan que hagan su vida mientras les dejan tranquilos (la mayoría), incluso pueden ser colegas, y los que se aprovechan de su drogadicción dejándoles dinero y creando así un vínculo de deudas que previsiblemente acabará en conflicto”.

También planteé una serie de preguntas a las psicólogas del Centro Penitenciario de Daroca:

1. ¿Considera que los reclusos con algún tipo de trastorno mental deberían estar en un módulo aparte o convivir con el resto de presos?

Raquel: “Lo fundamental es que el preso entienda el sentido de la pena. Lo que se hace en un primer momento es valorar si dicho preso puede estar en régimen ordinario, y posteriormente se lleva a cabo la valoración de a qué módulo debería ir”.

Cristina: “Para su mejor tratamiento sería mucho más efectivo un módulo aparte, ya se ha visto que así funciona muchos mejor”.

2. ¿Considera que los programas de tratamiento son efectivos? ¿Qué mejoraría?

Raquel: “Existen supuestos en los que los presos sometidos a estos tratamientos quieren cambiar y supuestos en los que no. Cada preso es un mundo. Si que hay supuestos en los que se ven cambios notables en los reclusos, pero no existen estudios sobre su efecto en la reincidencia”.

Cristina: “Teniendo en cuenta los resultados, sí que son efectivos, ya que favorecen su reinserción”.

3. ¿Deberían abrirse más Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios en España?

Raquel: “Es muy complicado crearlos, en mi opinión es más factible la creación de módulos a parte dentro de las prisiones”.

Cristina: “Sí que deberían abrirse más, ya que únicamente existen dos y están muy llenos, sin poder hacer nuevos ingresos”.

4. ¿Cómo de buena considera que es la disponibilidad y calidad de los servicios de atención médica y de salud mental dentro de la prisión?

Raquel: “Visto desde fuera y poniéndome en la piel de un usuario del exterior, al tener en cuenta que hay dos médicos para 400 presos, puede reflejar muy poca calidad de atención”.

Cristina: “Hay muy pocos recursos humanos, pocos psicólogos y médicos para tantos presos”.

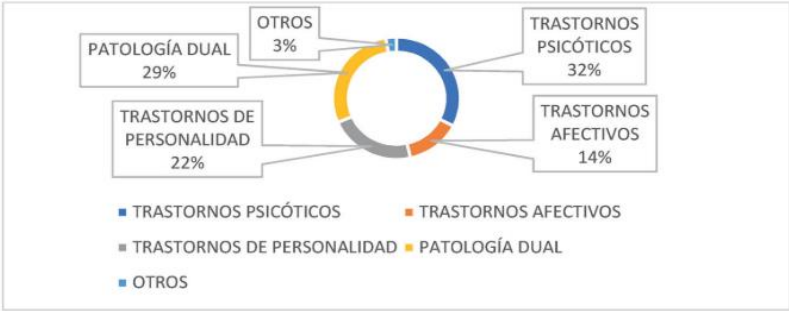
B) Gráficos

5.7.2.3. Por grupos de patologías

Tabla 5.7.2. Distribución por tipos de patologías en PAIEM

	2020						2021						2022					
	HOMBRES	%	MUJERES	%	TOTAL	%	HOMBRES	%	MUJERES	%	TOTAL	%	HOMBRES	%	MUJERES	%	TOTAL	%
TRASTORNOS PSICÓTICOS	560	31,2	48	23,4	608	30,4	618	34,0	37	17,9	655	32,3	535	33,4	47	24,9	582	32,5
TRASTORNOS AFECTIVOS	213	11,9	31	15,1	244	12,2	235	12,9	46	22,2	281	13,9	213	13,3	37	19,6	250	14,0
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	341	19	54	26,3	395	19,8	375	20,6	58	28,0	433	21,4	344	21,5	51	27,0	395	22,0
PATOLOGÍA DUAL	564	31,4	57	27,8	621	31,1	492	27,0	49	23,7	541	26,7	463	28,9	53	28,0	516	28,8
OTROS	117	6,52	15	7,3	132	6,6	99	5,4	17	8,2	116	5,7	48	3,0	1	0,5	49	2,7

Gráfico 5.7.5. Distribución por grupos diagnosticados en Centros Penitenciarios

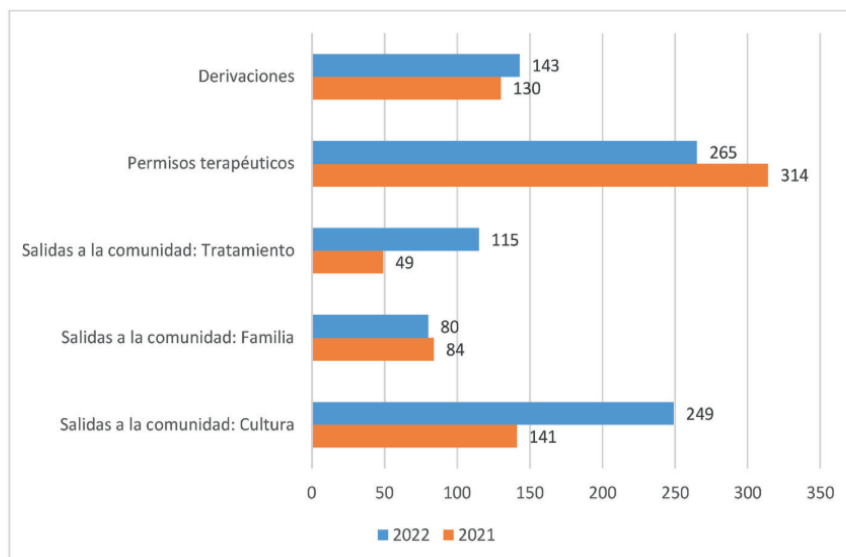


La tabla muestra la distribución por tipos de patologías en PAIEM teniendo en cuenta el sexo. El gráfico muestra la distribución por grupos diagnosticados en Centros Penitenciarios, ambos en relación al año 2022⁸⁰.

⁸⁰ Informe General 2022 C.I.S de Murcia, Guillermo Miranda. Ministerio del Interior, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. P. 261.

5.7.2.6 Reinserción: salidas a la comunidad, permisos y derivaciones a centros

Gráfico 5.7.9. Distribución por salidas, permisos y derivaciones a centros comunitarios en PAIEM



Este gráfico muestra la distribución por salidas, permisos y derivaciones a centros comunitarios en PAIEM, en lo relativo a los años 2021 y 2022⁸¹.

⁸¹ Informe General 2022 C.I.S de Murcia, Guillermo Miranda. Ministerio del Interior, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. P. 264.