

SALUD MENTAL EN EL MEDIO PENITENCIARIO

Tratamiento penitenciario en personas con TMG

MENTAL HEALTH IN THE PENITENTIARY SYSTEM

Prison treatment for people with SMD



UNIVERSIDAD PONTIFICIA DE COMILLAS

Trabajo de Fin de Grado en CRIMINOLOGÍA

Autor: Carmen de Sintas Mesquida.

Directora: Raquel Noguera Tapias.

Curso: 5º Grado en Trabajo Social y Criminología

Facultad Ciencias Humanas y Sociales

Curso académico: 2022/2023

Madrid, 30 de abril de 2023

RESUMEN

El presente trabajo trata de abordar desde una revisión bibliográfica los factores psicológicos, sociales y biológicos que intervienen en aquellas personas que sufren un Trastorno Mental Grave (TMG) y que, además, han tenido alguna relación con el sistema penal y penitenciario. De esta forma, hemos analizado la repercusión sociosanitaria de este sistema en las tres situaciones que se pueden dar: ante la inimputabilidad del enfermo que cometió un delito debido meramente a su enfermedad; ante la semiimputabilidad del enfermo, pues su enfermedad repercutió significativamente en su comportamiento delictivo, pero sin llegar a anular su capacidad para delinquir o su responsabilidad penal; y ante situaciones de imputabilidad donde el TMG aparece una vez dictada sentencia firme.

Por ello, hemos tratado de explicar qué entendemos por enfermedad mental y su relación con el medio penal y penitenciario. Haciendo especial referencia a los dos Hospitales psiquiátricos existentes en España y a los diferentes programas y medios de reinserción social una vez la persona con un TMG entra en contacto con este sistema. Por último y de forma más específica, hemos indagado sobre la incidencia de la psicopatía, más concretamente de los rasgos psicopáticos existentes entre la población reclusa.

PALABRAS CLAVE

Salud mental, TMG, Sistema penitenciario, Criminología, psicopatía

AGRADECIMIENTOS

Como confesaba Lao-Tsé, el agradecimiento es la memoria del corazón. Agradecer, es uno de los valores más importantes, pero a la vez más ignorados en nuestro día a día. Aunque este trabajo puede saber a poco, es uno de los trabajos más grandes en cuanto a contenido y calidad que he hecho durante la carrera. Por ello, he considerado la ocasión más idónea para agradecer a todas y cada una de las personas que han hecho posible este proyecto.

En primer lugar, me gustaría agradecer al Centro Penitenciario de Menorca por darme la posibilidad en su momento de realizar mis prácticas de criminología con ellos. Fue una experiencia inolvidable en todos los sentidos, que me permitió darme cuenta de lo que realmente me gustaba a nivel profesional, pero sobre todo personal.

Agradecer, en siguiente lugar, a la profesora y directora del Trabajo de Fin de Grado, Raquel Noguera Tapias por su sabia dirección, sus valiosas aportaciones y su interminable paciencia a lo largo de este año.

No olvido tampoco a los compañeros y compañeras que me habéis acompañado durante estos cinco maravillosos años de carrera. Gracias por la confianza que siempre habéis depositado en mí, que muchas veces ha sido superior a la que yo deposito en mí misma.

Y, por último, a mi familia. Simplemente por estar en todos los momentos, por apoyarme en todas mis decisiones, por escucharme, por aguantarme, por respetarme y hacerme ser la persona que siempre he deseado. Nunca estaré suficientemente agradecida por todo lo que habéis hecho y hacéis por mí.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN	7
3. METODOLOGÍA	8
4. MARCO TEÓRICO	9
4.1 SALUD MENTAL Y ENFERMEDAD MENTAL	9
4.1.1 Trastorno Mental.....	10
4.2 PSIQUIATRÍA Y DERECHO PENAL	13
4.2.1 La imputabilidad en las personas con TMG.....	13
4.2.2 Psiquiatría Forense	15
4.3 REALIDAD ACTUAL EN EL SISTEMA PENITENCIARIO	17
4.3.1 Ingreso en prisión de las personas con TMG	17
4.3.2 Consecuencias psicosociales del ingreso en prisión en personas con TMG	22
4.3.3 Tratamiento Penitenciario.....	25
4.3.4 Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios: Sevilla y Alicante	34
4.3.5 La realidad de la psicopatía en prisión	38
5. CONCLUSIONES	43
6. BIBLIOGRAFÍA	48

LISTADO DE ABREVIATURAS

TMG	Trastorno Mental Grave
OMS	Organización Mundial de la Salud
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders o DSM</i>
CIE-10	<i>Clasificación Internacional de Enfermedades – décima edición</i>
Informe PRECA	Informe prevalencia de Trastornos Mentales en centros penitenciarios
Art.	Artículo
CP	Código Penal
ss.	Siguientes
CE	Constitución Española
LOGP	Ley Orgánica General Penitenciaria
PAIEM	Programa marco para la Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios
SGPMA	Servicio de Gestión de Penas y Medidas Alternativas
HPP	Hospital Psiquiátrico Penitenciario
PAIM	Programa Atención Integral Médica
TBC	Trabajos en Beneficio de la Comunidad
PIT	Programa Individual de Tratamiento
PIR	Programa Individual de Rehabilitación
PPE	Programa Puente Extendido
PPMS	Programa Puente de Mediación Social
HPPA	Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante
HPP	Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla
NIJ	National Institute of Justice
TAP	Trastorno Antisocial de Personalidad
PCL-R	<i>Psychopathy Checklist-Revised</i>

1. INTRODUCCIÓN

Este trabajo versa sobre la correlación de dos disciplinas obligadas a entenderse: el derecho y la psiquiatría. De alguna forma, es sumamente interesante como la conciencia y la voluntad de una persona pueden llegar a trascender en la regulación del sistema jurídico-penal español. Así, esta investigación pretende conocer el significado que supone padecer un TMG y su relación con el sistema penitenciario.

Para entender el objetivo del presente trabajo, no debemos olvidar el funcionamiento y la finalidad de nuestra normativa penal, la cual trata de minimizar la presencia de personas que sufren algún tipo de TMG en el sistema penitenciario. Pero a pesar de las circunstancias legales, cabe plantearse entonces dos cuestiones. Por un lado, la sobreocupación que sufren los dos únicos Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios existentes en España¹ y, por otro lado, el aumento crónico de reclusos enfermos mentales que se encuentran en un centro penitenciario de cumplimiento ordinario donde no llegan a recibir de forma juiciosa el tratamiento adecuado a su enfermedad (Hava García, E. 2021, 59-135). Pues como nos indica la OMS, la incidencia de personas que sufren algún tipo de enfermedad mental es hasta siete veces mayor en la población penitenciaria que en la población general (Sección Sindical Estatal de CCOO en instituciones penitenciarias, s.f. citado en JM Arroyo-Cobo, 2011). En efecto, en España ocurre algo similar, la prevalencia de población reclusa que la sufre es cinco veces mayor que la general, siendo los trastornos más predominantes los Trastornos por Consumo de Sustancias, los Trastornos afectivos y los Trastorno Psicóticos (Hava García, E. 2021, 59-135).

¹ Según el informe de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, en países europeos, el porcentaje de camas psiquiátricas para enfermos mentales que están cumpliendo una medida de seguridad en un centro penitenciario ordinario es de nueve camas por cada mil internos. Pero, además, en España, aparte de superar esta tasa, los dos HPP se encuentran desde hace tiempo en situación de sobreocupación. Por ello, desde la Secretaría se promueve la concienciación de una estrategia de atención sanitaria íntegra y la puesta en marcha de un plan de acción que trate de disminuir estos porcentajes (Ministerio del Interior, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2011).

Las personas que padecen una enfermedad mental y se encuentran internadas en centros penitenciarios conforman una realidad no solo en España, sino en todos los países del mundo. En algunos casos, la prisión es utilizada como un recurso de carácter asistencial para estas personas, las cuales no han recibido tratamiento alguno en su vida en libertad. No debemos olvidar que las personas cuya enfermedad mental les influyó de manera significativa en su comportamiento delictivo o aquellas cuyo TMG se aprecia una vez dictada sentencia firme, forman parte igualmente de la sociedad al igual que los declarados inimputables (Hava García, E. 2021, 59-135). Por lo que el logro de su correcta rehabilitación y tratamiento de su trastorno mental va a permitir que el riesgo de reincidencia una vez de vuelta en la sociedad sea mucho menor, reprimiendo de esta forma sus comportamientos antisociales.

La reforma psiquiátrica iniciada hace más de tres décadas en España ha tenido como resultado que la situación de los tratamientos y terapias terapéuticas de las que deberían disfrutar los enfermos mentales sea incompleta y defectuosa, especialmente en aquellos que deben cumplir su condena en una prisión ordinaria. En definitiva, la sobreocupación que sufren los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios impide que todos aquellos penados que sufren un TMG y tienen impuesta una medida de seguridad no necesariamente de internamiento, puedan disfrutar de un tratamiento adecuado conforme su enfermedad (Hava García, E. 2021, 59-135).

Antes de proceder a exponer la finalidad y los objetivos del presente trabajo, es fundamental conocer una serie de conceptos básicos para poder comprender con rigor la materia de estudio.

- Salud Mental

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) la salud mental es: *“...un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de contribuir a su comunidad...”*.

- Trastorno Mental Grave

Según el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (National Institute of Mental Health, 1987) las personas que sufren un Trastorno Mental grave son: *“un grupo de personas que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social”*.

- Hospital Psiquiátrico Penitenciario

Según la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios son establecimientos penitenciarios especiales con mayores medios asistenciales que un establecimiento penitenciario común, que mantienen el alto potencial de contención y control de una prisión. Actualmente en España existen dos Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios: uno en Sevilla y otro en Alicante (2011, Pág. 6).

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

El **objetivo general** de este estudio es conocer la situación psicosocial y penitenciaria de aquellas personas que sufren un Trastorno Mental Grave (TMG) dentro del ámbito penitenciario.

Para este objetivo general se han propuesto una serie de objetivos específicos:

1. Conocer el significado de enfermedad mental y TMG, así como sus características y tipos de trastornos más frecuentes dentro del ámbito penitenciario.
2. Describir los factores psicológicos y sociales que agravan la conducta de aquellos reclusos que sufren algún tipo de TMG.
3. Entender las peculiaridades del tratamiento penitenciario con las personas que padecen un TMG.
4. Comprender las diferencias existentes a la hora de intervenir con este colectivo, desde los centros penitenciarios y los hospitales psiquiátricos.

5. Conocer los recursos sociosanitarios existentes en el sistema penitenciario que disponen los reclusos actualmente en el país (Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Alicante y Sevilla).
6. Descubrir la incidencia de la psicopatía entre la población reclusa e indagar en sus rasgos más característicos como colectivo.

Como consecuencia las hipótesis y preguntas de investigación en el presente trabajo van a ser las siguientes:

1. Las personas que sufren trastornos psiquiátricos graves tienen completamente anulada su capacidad volitiva e intelectual. **Obj.1**
2. El ingreso en prisión de una persona que sufre un TMG provoca un empeoramiento de su proceso mental. **Obj.2**
3. ¿Las personas que padecen un TMG y se encuentran cumpliendo una medida de seguridad en prisión, reciben un tratamiento diferente al resto de reclusos? **Obj. 3.**
4. Los reclusos que padecen un TMG que se encuentran en una prisión de cumplimiento ordinario no disfrutan de los mismos beneficios terapéuticos frente aquellos que se encuentran internos en un Hospital Psiquiátrico Penitenciario. **Obj. 4**
5. Los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios se caracterizan por encontrarse bajo una sobreocupación crónica. **Obj. 5**
6. Existe un porcentaje elevado de reclusos con rasgos psicopáticos. **Obj. 6**

3. METODOLOGÍA

Para poder llevar a cabo dicha investigación se ha realizado una revisión bibliográfica mediante una metodología cualitativa, en donde se han contrastado datos de fuentes distintas como artículos de revistas de autores profesionales en el ámbito penitenciario y sanitario, libros de la universidad y de diferentes bibliotecas, informes de las instituciones penitenciarias, etc. Estas fuentes secundarias han permitido recoger la información necesaria para poder desarrollar dicha investigación. Asimismo, como fuentes primarias se han consultado el marco legal y la jurisprudencia penal y penitenciaria española.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 SALUD MENTAL Y ENFERMEDAD MENTAL

Con el paso del tiempo, el concepto de salud y enfermedad mental, así como sus métodos de intervención, han ido evolucionando desde un planteamiento de enfermedad vinculado a algo sobrenatural, mágico e incluso religioso en la edad media, hasta un planteamiento más holístico e integral en la que se basa la disciplina hoy en día (Cabrera y Fuertes, 1998, 15-23; Zabala, 2016, 25-26).

Como hemos visto en la introducción del trabajo, el concepto de salud mental abarca de una forma mucho más amplia el planteamiento que entendemos por salud en general (Cabrera y Fuertes, 1998, 15-23; OMS, 1962; Zabala, 2016, 25-26). Así pues, la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha reconocido la salud mental como un concepto donde tiene igual de importancia la salud física como la salud mental, siendo ambos estados determinantes para un estado de completo bienestar físico, psíquico y social (OMS, 2001, p. 3). En relación con esto, desde mi punto de vista las circunstancias ambientales que rodean a la persona tienen un impacto muy importante en el bienestar psico-física de la persona. Por ello, entiendo que la Federación Mundial de la Salud Mental en 1962 tratase de matizar la definición de la OMS añadiendo que “la Salud Mental sería el mejor estado posible dentro de las condiciones existentes”.

Al igual que es difícil definir que entendemos por Salud Mental, también lo es la definición de Enfermedad Mental. Los doctores Cabrera y Fuertes (1998) tratan de explicarla desde distintas perspectivas que me han parecido curiosas a la hora de entenderla (p.37). Desde una perspectiva estadística, lo psíquicamente normal es toda persona que se comporta y actúa de forma natural y como la mayoría de las personas de su entorno. De algún modo, esta forma de entender la enfermedad podría ser contradictorio, pues lo sano no es equivalente a la mayoría. Por ejemplo, siguiendo esta perspectiva consideraríamos como algo normal la gran frecuencia de la caries dental, siendo ésta realmente una patología. Por otro lado, desde otra perspectiva como es la clínico-médica, la persona que sufre enfermedad

mental es aquella cuyo comportamiento se encuentra desadaptado y no llega a tener un impacto en su entorno.

Dentro de esta definición, podríamos incluir todos los trastornos mentales como situaciones encajadas en esta definición y que suponen una pérdida de libertad de la persona que los padece (Cabrera y Fuertes, 1998, p.37).

El IMSERSO entiende la enfermedad mental como el conjunto de síntomas de psicosis funcional y discapacidades permanentes e insiste en la interrelación y agravamiento de la enfermedad por una serie de factores biológicos (genética, traumas, consumo de tóxicos), psicológicos y sociales (crianza, familia y soporte social) (IMSERSO, 2007).

Por su parte, la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias define el enfermo mental como aquel sujeto que ha entrado en contacto con la justicia tras haber cometido un hecho delictivo y es diagnosticado de un episodio agudo o crónico de trastorno mental (Ministerio del Interior, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2011).

Así pues, hablamos de un concepto integrador de salud y enfermedad mental como un conjunto de causas biológicas, pero también ambientales y comportamentales del individuo y su entorno. Pero a pesar de toda esta variedad de definiciones, considero que cada sociedad, en función del momento y de la manera de asimilarlo, entiende la salud y la enfermedad de forma distinta.

4.1.1 Trastorno Mental

Adentrándonos en el tema y desde un punto de vista genérico, el trastorno mental supone la ruptura biográfica en la persona y su entorno. Pero partiendo de la definición aprobada por el National Institut of Mental Health (2021), los trastornos mentales generan una serie de síntomas que son sensibles a un diagnóstico, a la duración de la enfermedad y a su tratamiento (tiempo superior a dos años), y a la posibilidad de la aparición de discapacidad como disfunción moderada o severa del funcionamiento a nivel laboral, social y familiar de la persona.

Existen dos sistemas aprobados internacionalmente que permiten clasificar de forma multiaxial los trastornos mentales: el DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders o DSM – fifth edition*) y el CIE-10 (*Clasificación Internacional de Enfermedades – décima edición*)². Ambos comparten un significado similar de trastorno mental. Podríamos definirlo como un síndrome o patrón comportamental, de significación clínica, que genera experiencias subjetivas desagradables como alteraciones, malestar, discapacidad o riesgo. (Cabrera y Fuertes, 1998 42-46; Zabala, 2016, p. 30).

De alguna forma, todo trastorno mental será causa de la interrelación de tres factores fundamentales: biológico, psicológico y social (Cabrera y Fuertes, 1998, p.191; Zabala, 2016, p.30). Así pues, es entendible que una de las principales consecuencias de padecer un trastorno mental sea la restricción de la libertad de la persona que lo padece, ya que la influencia de esta tipología de síntomas supone un impacto negativo en la calidad de vida y en la relación social del enfermo mental. Dentro de los principales factores sociales y psicológicos podemos encontrar: desinhibición y dependencia, malestar interpersonal, desconfianza y atribuciones hostiles, hipersensibilidad a las críticas, impulsividad, inestabilidad emocional, ira, inhibición, comportamiento sexual desviado, aislamiento, desconexión social, descompensación e ideación psicótica (Loinaz, 2017). Aun así, es importante tener en cuenta que ni el comportamiento desviado ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción (Zabala, 2016, p.30). Partiendo de la premisa de que los trastornos mentales no suponen un factor de riesgo exclusivo y que un único factor no puede explicar la conducta delictiva, entendemos pues que a la violencia conlleva una serie de variables que afectan y agravan la conducta de aquellas personas con TMG, especialmente de aquellas que se encuentran cumpliendo una condena.

² En 1992 se puso en marcha la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) y en mayo del 2013 fue publicado el DSM-V que es una actualización del Manual de clasificación y diagnóstico publicado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA, por sus iniciales en inglés).

Durante muchos años, se han llevado a cabo diferentes investigaciones epidemiológicas sobre la prevalencia de los trastornos mentales en el ámbito penitenciario³. Los dos últimos estudios llevados a cabo en los centros penitenciarios españoles son el Informe del Ministerio del Interior sobre la salud mental en el medio penitenciario (2007) y el informe PRECA (2011). Ambos reafirman la prevalencia de la patología psiquiátrica con datos que atestiguan que entorno al 40% de la población reclusa, padece un trastorno mental. (CCOO, Instituciones Penitenciarias, s.f.; Favril, L., Indig, D., Gear, C. *et al.*, 2020; Pallarés Neila, J. & Utrera Canalejo, I., 2022, p.208; Zabala, 2016, 100-113). De forma resumida, dentro de la tipología de trastornos mentales más usuales en prisiones destacan el trastorno psicótico; trastornos del estado de ánimo, en especial la depresión severa y el trastorno de la ansiedad; el trastorno antisocial y límite de la personalidad; los trastornos paranoides y esquizoide; y finalmente la psicopatía como trastorno de gran envergadura (Camacho Brindis, s.f., p.738; Coid & Ullrich, 2011 en Zabala, 2016, p.98; Pérez Sánchez, 2014, 20-21). Asimismo, muchos de éstos, se encuentran asociados a otros trastornos especialmente relacionados con el abuso y la dependencia de sustancias tóxicas (toxicomanías), lo que hace que el diagnóstico psiquiátrico de la persona sea más complejo y difícil de tratar (Camacho Brindis, s.f., p.738; Zabala, 2016, 100-113).

³ Por ejemplo, la investigación desarrollada con el Estudio y grupo PRECA en 2011; por la Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría en 2021 (López, Marcelino, et al (2021). Problemas de salud mental en población penitenciaria. Un enfoque de salud pública. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 41, nº140, 87-111); o la llevada a cabo por la Reivista Española de Sanidad Penitenciaria (Zabala-Baños, Segura, Maestre-Miquel, Martínez-Lorca, B Rodríguez-Martín, D Romero, M Rodríguez (2016). Mental disorder prevalence and associated risk factors in three prisons of Spain, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, vol 18, 13-23).

4.2 PSIQUIATRÍA Y DERECHO PENAL

4.2.1 La imputabilidad en las personas con TMG

El Código Penal, abarca y enumera los comportamientos que la sociedad reprocha en mayor medida, que son clasificados por este código como delitos según su gravedad, así como según su castigo en función de cada acción antijurídica. Aunque el Código Penal se debe utilizar como última ratio, minimizando su aplicación y reprimiendo aquellas conductas que puedan acarrear una mayor preocupación en la sociedad, considero que en muchos casos no es así. A pesar de que el Derecho Penal ha sufrido muchas modificaciones como por ejemplo la extensión de la responsabilidad penal a las personas jurídicas, se dan casos en donde el colapso de la justicia penal es fruto de la sanción de actos que son considerados delitos, pero dado su carácter leve, podrían sancionarse como infracciones desde el orden administrativo, no llegando a tener que iniciarse un proceso penal.

Para poder entender mejor si una persona es responsable o no de una acción antijurídica, es destacable conocer el término que lo define planteado en el artículo 10 del propio Código. El delito es toda acción u omisión, dolosa o imprudente, penada por la Ley. Por esta razón, cuando la conducta carezca de algún elemento esencial de la antijuricidad, no podrá considerarse delito (Gómez Jara, 2008, 16-18). Sobre este punto, la imputabilidad penal juega un papel muy importante como presupuesto de culpabilidad de una acción antijurídica, pero en ocasiones se dan procesos penales que eximen de responsabilidad penal a la persona porque sus capacidades volitivas (capacidad de dirigir libremente su actuación) e intelectuales (capacidad de comprender lo injusto de un hecho) se encuentran perturbadas debido, entre otras circunstancias, a la concurrencia de una anomalía o alteración psíquica (Cabrera y Fuertes, 1998, p.148). En el momento que la perturbación de dichas facultades sea total o absoluta, hablamos de inimputabilidad (Gómez Jara, 2008, p18). En este caso, cuando la persona es declarada inimputable por motivos de salud mental, se le impone una medida de seguridad, privativa o no de libertad, en lugar de una pena de prisión (CCOO, Instituciones Penitenciarias, s.f.). Sin embargo, cuando dichas capacidades no se encuentran anuladas de forma completa, pero siguen alterando a la persona e influyen en la comisión de los hechos delictivos estaríamos ante una situación de semiimputabilidad o eximente

incompleta, lo que supondría la imposición además de una pena privativa de libertad una medida de seguridad.

Estos presupuestos están directamente relacionados con el tema objeto de estudio. Para poder entender este escenario es importante hacer hincapié en la definición de anomalía o alteración psíquica recogida en el art. 20.1 del CP: “Están exentos de responsabilidad criminal: 1º El que, al tiempo de cometer una infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no puede comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión”. De alguna forma, es en este momento cuando aparece la relación entre ambas disciplinas: el derecho penal y la psiquiatría. Según la explicación que los autores Maldonado, García y Escribano (1995) (citado en Urruela Mora, 2005) acreditan en su investigación, tanto la imputabilidad como la inimputabilidad tienen naturaleza jurídica y no psiquiátrica (p.242). Pero desde mi punto de vista, la capacidad mental y volitiva de la persona tiene una implicación importante en nuestro comportamiento. De hecho, conforme expresa Bravo (2015) el derecho penal de la modernidad relaciona la persona con la actuación que lleva a cabo, su grado de conciencia sobre su actuación y su posibilidad de autodeterminación (p.43). Por ello, es entendible que los jueces o tribunales a la hora de enfrentarse a un hecho delictivo llevado a cabo bajo alguna anomalía o alteración psíquica precisen de la ayuda de los especialistas en este campo: psiquiatras y/o médicos forenses (Maldonado, García y Escribano (1995) citado en Urruela Mora, 2005, p.242).

Desde mi punto de vista, aquellas personas que padecen algún tipo de anomalía o alteración psíquica y carecen de conciencia para identificar lo que es una acción antijurídica no se les puede culpar como un sujeto que, por contra, tiene sus capacidades volitivas e intelectivas completas en todos sus sentidos. La salud mental influye directamente en el comportamiento de la persona y como sabemos la enfermedad mental no es algo que podamos escoger, sino que aparece de forma súbita e imprevista. La sociedad nos hace entender mejor las situaciones y darnos cuenta de quien en realidad necesita ayuda, especialmente cuando la justicia se encuentra entre medias. La justicia debe adaptarse a las necesidades sociales y es su deber proteger a estas personas, de ahí la importancia de la

relación de estas dos disciplinas, la psiquiátrica y el derecho penal, dando lugar a la psiquiatría forense.

4.2.2 Psiquiatría Forense

Con el paso de los años, han sido varios los autores que han ido convirtiendo la Psiquiatría Forense en una subespecialidad de la Psiquiatría General con sus propios medios, métodos y disciplinas propias (Cabrera y Fuertes, 1998). En la actualidad el término de Psiquiatría Forense puede definirse según los doctores en Medicina Cabrera Forneiro y Fuertes Rocañín (1998), como aquella “subespecialidad de la Psiquiatría general cuya misión fundamental es contribuir a una más correcta Administración de Justicia, informando a jueces y tribunales sobre aspectos específicos que le son propios” (p.31). Dicha disciplina se ocupa básicamente de:

- Estudiar las características psicopatológicas del delito y del delincuente.
- Detención e informe sobre las bases psicobiológicas de la imputabilidad (en el ámbito penal) y de la capacidad de obrar (en el ámbito civil).
- Valorar la peligrosidad del enfermo mental y aconsejar la aplicación de medidas de seguridad.

La relación entre la Psiquiatría Forense y el Derecho Penal ha ido evolucionando desde una desconfianza del pasado a una aproximación y colaboración de forma mutua en el presente. La suspicacia de la Psiquiatría en la comunidad jurídica ha sido consecuencia de una serie de factores según refiere Valero (1998) citado en Urruela Mora (2005). En primer lugar, la evolución de la Psiquiatría como ciencia ha supuesto la superación de los manicomios por la búsqueda de nuevos modos terapéuticos (p. 245). Es en la edad premoderna, cuando el tratamiento psiquiátrico deja de lado el aislamiento y empieza a poner en práctica la dotación de espacios que permiten la complementación de ambas disciplinas (Bravo, 2015; Valero 1998, citado en Urruela Mora, 2005, p.245). Por otro lado, es evidente que durante muchos años las disciplinas no compartían ni querían compartir los mismos objetivos. Mientras el derecho penal trataba de proteger los bienes jurídicos de la persona, la psiquiatría atendía a su salud mental. En tercer lugar, el factor principal sobre la desconfianza

entre mutuas especialidades reside en la posibilidad que la anomalía o alteración psíquica diagnosticada en la persona se realice a modo de exculpación, cuando realmente no padezca ningún tipo de trastorno mental. Y finalmente, es importante tener en cuenta que los especialistas en salud mental tienen un papel muy importante en los procesos penales, pero es evidente que la capacidad decisoria la tiene el juez. En el marco del desarrollo del proceso penal en España en épocas anteriores, cualquier documento médico de asistencia o diagnóstico presentado por alguna de las partes en el juicio, era suficiente para informar sobre el estado mental de la persona (Valero 1998, citado en Urruela Mora, 2005, p.245). Con ello, se vio que de alguna forma los psiquiatras restaban valor a los jueces frente a su pericia realizada y se devolvió el poder a los profesionales de la justicia. Jiménez Cubero (1993) en Urruela Mora, 2005 afirma que peritar no es sentenciar, pero ello no significa que la colaboración entre psiquiatras y juristas sea fundamental, pues un desarrollo idóneo de la pericial psiquiatra acarrea un elemento sustancial con el objetivo de acertar un correcto enjuiciamiento de la imputabilidad de la persona (p.248).

Pero pese a todos los avances en la historia, la situación actual provoca que los problemas de salud y los conflictos sociales, sean todavía más criminalizados y judicializados, pues se observa al enfermo mental como una persona potencialmente más peligrosa siendo esta postura totalmente errónea y desacertada (Hava García, 2021, p.61; Sindicato Estatal de Instituciones Penitenciarias s.f.). Esta visión del enfermo se vio totalmente reflejada en gran parte como consecuencia del anteproyecto de la ley del Código Penal en el año 2012.

El anteproyecto exponía una serie de modificaciones desde mi punto de vista demoledoras, pues el límite temporal al internamiento psiquiátrico desaparecía, pudiendo llegar a permanecer en el centro de manera indefinida. Por otro lado, la reforma también proponía una libertad vigilada perpetua, así como, que las medidas de seguridad debían corresponder en tiempo a la peligrosidad del sujeto, dejando de lado la gravedad del delito. De esta forma, y teniendo en cuenta que los diagnósticos en salud mental suelen ser crónicos, la peligrosidad asignada a los trastornos mentales también se interpretaría como crónica.

En mi opinión y de acuerdo con la Sección Sindical Estatal de Instituciones Penitenciarias (s.f.), el único objetivo de esta reforma era terminar de institucionalizar los enfermos mentales inimputables dentro de las prisiones.

Actualmente, estas medidas han sido modificadas hacia una realidad más coherente, ajustada y adaptada al concepto biológico de enfermedad mental y a la situación sanitaria de cada persona que la sufre. Así pues, los sujetos pueden tener un internamiento siempre con fecha de entrada y de salida en función de su evaluación y de la tolerancia del tratamiento que reciben. Por otro lado, el proceso de judicialización es muy distinto, pues se tiene en cuenta no solo la peligrosidad de la persona, sino más bien el estado de la enfermedad mental del sujeto en el momento de la comisión del delito. Este anteproyecto es una muestra de una realidad tradicional totalmente distinta a la actual, que veremos en el siguiente epígrafe y que responde de una manera más real a las necesidades de la sociedad y de este colectivo.

4.3 REALIDAD ACTUAL EN EL SISTEMA PENITENCIARIO

4.3.1 Ingreso en prisión de las personas con TMG

Es cierto que la enfermedad mental ha sido una constante entre la población penitenciaria. Para poder entender la forma de ejecución penal de estas personas, es importante tener en cuenta que nuestro ordenamiento⁴ cuenta con una serie de medidas, cuyo objetivo es minimizar la presencia de personas que padezcan un TMG en el sistema penitenciario:

- a) en primer lugar, la figura de la inimputabilidad se da cuando el enfermo mental ha cometido un delito tipificado en nuestro CP debido mera y específicamente a su enfermedad mental y, por lo tanto, solo en el caso de tener un pronóstico de peligrosidad que conlleve posibilidad de reincidencia, el juez le puede imponer una medida de seguridad (que no necesariamente tiene que ser privativa de libertad) (Art. 95 y ss CP);

⁴ Código Penal, 1995.

- b) en segundo lugar, cuando la enfermedad mental de la persona haya influido de manera significativa a la hora de cometer el delito, pero sin llegar a anular completamente sus capacidades volitivas e intelectivas, apreciándose atenuante y estableciéndose además de la pena el cumplimiento de una medida de seguridad. En estos casos, se da prioridad al cumplimiento de la medida (que no necesariamente tiene que ser privativa de libertad) antes que el cumplimiento de una pena de prisión (art. 104 CP);
- c) y finalmente, cuando el TMG aparece una vez dictada sentencia firme y la persona se encuentre cumpliendo condena en prisión. En estos casos, el juez de vigilancia penitenciaria deberá comunicar su diagnóstico para proceder a la suspensión de la ejecución de la pena e imponerle una medida de seguridad (que en este caso sí, deberá ser privativa de libertad) (art. 60 CP).

Teniendo en cuenta que solo las medidas privativas de libertad suponen el internamiento de la persona en un Hospital Psiquiátrico Penitenciario (HPP) del que no se puede salir sin autorización del Tribunal (Gómez Jara, 2008, 18-40), y que el objetivo principal del ordenamiento jurídico como se ha mencionado al principio del capítulo es la minimización de las personas con TMG en el ámbito carcelario, nos encontramos ante una realidad totalmente dispersa e incoherente. Pues la sobreocupación crónica de estos hospitales hace que exista un elevado número de población penitenciaria con TMG en los centros penitenciarios que se encuentran a la espera de una plaza libre para ser derivado a un HPP (CCOO, Instituciones Penitenciarias, s.f.; Hava García, 202, p.61). Asimismo, este contexto provoca que estas personas no puedan recibir una atención especializada adaptada a su trastorno, influyendo de manera negativa no sólo en su salud mental sino a nivel social, así como de cara a evitar una posible reincidencia en futuros delitos.

Es evidente que estamos ante una realidad problemática, pues son varios los datos estadísticos que reflejan el incremento de la enfermedad mental en el mundo penitenciario. Según la OMS, en las sociedades occidentales, el incremento de la enfermedad mental es hasta siete veces mayor en la población penitenciaria que en la población general. No solamente la OMS ha intervenido en este aspecto, el famoso estudio PreCa (Prevalencia de Trastornos Mentales en Cárceles, 2011), también corrobora este notable incremento de trastornos mentales en las cárceles españolas (CCOO, Instituciones Penitenciarias, s.f.; Hava García, E. 2021, p.61; Pallarés Neila, J. & Utrera Canalejo, I., 2022, p.208). Otra forma de consolidar esta evidencia, parte de la unanimidad de la comunidad científica y de los organismos supranacionales sobre la negativa de que aquellas personas que padezcan un Trastorno Mental Grave se encuentren en un ambiente penitenciario (CCOO, Instituciones Penitenciarias, s.f.; Hava García, 2021, p.61).

Sin duda alguna, las cifras del párrafo anterior indican claramente la necesidad de renovar y mejorar la asistencia de un problema que no ha dejado de aumentar. Desde mi punto de vista, los centros penitenciarios están cada vez más ocupados de internos diagnosticados de un trastorno mental y de alguna forma y como expresa la propia literatura científica, se trata de centros donde se halla un ambiente de estrés y de aislamiento emocional que agravan los síntomas de la enfermedad mental de la persona encarcelada. Siendo así, ¿cuál es entonces la realidad del sistema penitenciario actual?

Por un lado y conforme hemos empezado a ver en el apartado sobre la imputabilidad de las personas con TMG (3.3.1), la realidad es que la situación del procedimiento judicial cambia de la teoría a la práctica. Cuando la persona sufre una descompensación de su estado mental y comete un hecho delictivo, ello supone una primera toma de contacto con el ámbito judicial-penal. Frente este escenario, pueden darse dos situaciones, pero solo una conclusión. Por un lado, que la persona no tenga un seguimiento por parte de los dispositivos de salud mental ya sea por propia voluntad o por ausencia de conciencia de enfermedad.

O, por otro lado, que la persona tenga seguimiento, pero haya abandonado su medicación siendo esta fundamental para disminuir la reincidencia (CCOO, Instituciones Penitenciarias, s.f.). La conclusión es que, frente al desbordamiento de la enfermedad mental en ambas situaciones, el individuo tras cometer un hecho delictivo es lo que finalmente supone su ingreso en prisión a la espera de que quede una plaza libre en alguno de los dos Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios. De alguna forma, son varios los autores que afirman que las cárceles se han convertido en los nuevos manicomios del siglo XXI y de alguna manera, están en lo cierto (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2011, p.36 citado en Hava García, 2021, pg75).

Otro de los problemas que nos encontramos en relación con el apartado anterior sobre la forma de ejecución penal de este colectivo, es el TMG como supuesto de semi-imputabilidad. Como hemos mencionado anteriormente, se dan ocasiones donde la enfermedad merma considerablemente las capacidades del individuo, pero no anula la capacidad de culpabilidad. En esta situación de enjuiciamiento judicial, es fundamental el proceso de decisión sobre la peligrosidad de la persona, así como cualquier prueba forense que determine el diagnóstico de su TMG. Pero la realidad es muy diferente y ambos procesos pasan en un segundo plano, dando más importancia a la ejecución penal de la persona y a la aplicación de la eximente incompleta del art. 21.1 CP y, por lo tanto, al cumplimiento de una pena y/o medida de seguridad privativa de libertad. Siendo realistas y atendiendo a la situación de sobreocupación de los hospitales, el cumplimiento de la medida impuesta se realiza en centros ordinarios y no en los centros psiquiátricos penitenciarios como centros de cumplimiento de medidas privativas de libertad. Aquí reside el problema de esta situación y es que los centros ordinarios, como su propio nombre indica no son unidades destinadas a la atención de personas con TMG, pues no cuentan con salas o módulos específicos para estas personas, cuentan con reducidas plazas de enfermería y no tienen ningún tipo de servicio psiquiátrico (Hava García, 2021, 110-113).

Por otro lado, es evidente que no se ha pensado una alternativa a los antiguos manicomios después de la reforma psiquiátrica que tuvo lugar en 1986⁵ y que trajo consigo una serie de medidas que en un principio parecían ser beneficiosas para el enfermo. En primer lugar, se fomentaba la igualdad de trato del enfermo mental con el resto de los pacientes, así como su hospitalización cuando fuese necesaria en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales. En segundo lugar, pasa a disposición judicial el internamiento involuntario. Y finalmente, en el sistema penitenciario los manicomios de la época franquista se clausuran y son sustituidos por los nuevos Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios (Hava García, 2021, 71-72). Sin embargo, indudablemente el objetivo de la reforma no tiene nada que ver con la realidad con la que se encuentran los enfermos mentales al entrar en contacto con el sistema judicial y penal.

Los supuestos que pueden darse para que las personas con TMG entren en prisión son los siguientes: que la enfermedad pase desapercibida en el procedimiento judicial, que la persona sea declarada culpable y por lo tanto imputable al entender que la enfermedad mental anuló completamente sus capacidades, y finalmente, que el trastorno mental aparezca una vez la persona ha ingresado en prisión (Zabala, 2016, p.101). De esta forma y retomando las condiciones anteriormente mencionadas sobre la reforma legal de atención psiquiátrica, sigue sin cumplirse el tratamiento de la persona con un TMG en un establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica. De hecho, dicho tratamiento puede desarrollarse en un Hospital general comunitario (solo en casos excepcionales, por no decir rara vez), en un Hospital Psiquiátrico Penitenciario (actualmente en situación de sobreocupación) o en un Centro Penitenciario ordinario (mayoritariamente). Pero el problema reside en la escasa red de unidades psiquiátricas y la falta de personal sanitario que tienen las cárceles españolas (Hava García, 2021, 71-75; Pallarés Neila, J. & Utrera Canalejo, I., 2022, p.210). Por añadidura, a nivel general según el Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios, España es uno de los países de la UE con el número más pequeño de camas destinadas a la atención psiquiátrica (Camacho Brindis, s.f., 732-735; CCOO, Instituciones Penitenciarias, s.f.; Hava García, 2021, p.61; Knapp M., et al., 2007, 88-107).

⁵ Esta reforma psiquiátrica aparece en España con la implementación de la Ley General de Sanidad del 25 de abril de 1986.

De este modo, creo personalmente es inviable no sólo atender a los enfermos mentales cuando lo necesiten, sino también hospitalizarlos porque se encuentran cumpliendo su medida de seguridad en una prisión tipo u ordinaria a la espera de una cama libre en algún HPP. Todo ello, sin olvidar la situación de sobreocupación crónica que sufren los dos Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios existentes en España y que hablaremos más adelante.

4.3.2 Consecuencias psicosociales del ingreso en prisión en personas con TMG

En general, la población penitenciaria es especialmente vulnerable. Se trata de personas, generalmente sin recursos económicos, sociales e incluso culturales que son víctimas de la marginación y la exclusión social (Marín-Basallote & Navarro-Repiso, 2012 en Zabala, 2016, p.100; Ministerio del Interior, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2011). La cárcel es destructiva tanto físicamente como psicológicamente y supone un gran estigma para la persona que reside en ella (Pérez Sánchez, s.f., p.13). Siguiendo esta línea, se trata de una población vulnerable a padecer patologías de salud mental al convivir con internos consumidores de drogas, siendo éstas proclives al desarrollo de Trastornos Mentales Graves. Por otro lado, el abandono o desprotección del enfermo mental frente a su dignidad humana provoca que tenga un escaso o nulo conocimiento sobre los derechos que le amparan. Por ello, se dan situaciones en donde la enfermedad mental pasa desapercibida a la hora de dictar sentencia firme y es aceptada por el enfermo por su falta de información acerca de sus derechos. Asimismo, uno de los fenómenos por los que muchos autores corroboran el incremento de este colectivo es la psiquiatrización de los problemas de la sociedad los cuales tienen una raíz sociológica y en absoluto mental (CCOO, Instituciones Penitenciarias, s.f.; Zabala, 2016, p.100). Como ejemplo, el profesor y psiquiatra Vallejo Ruiloba (1998), expresa que es importante clarificar que:

“las toxicomanías, las violaciones, los actos antisociales, las sectas o la desesperanza que invade a la sociedad actual no son, excepto casos concretos, problemas psiquiátricos” (Vallejo Ruiloba, 1998 p.23).

De alguna forma, desde mi punto de vista es evidente que el ambiente penitenciario no favorece a ningún individuo, pero sobre todo no favorece la estabilización de aquellos que padecen un TMG. Por otro lado, se aclama la necesidad de profundizar científicamente en el estudio y tratamiento de aquellos trastornos que desde hace mucho tiempo son competentes de la disciplina psiquiátrica.

Otro de los aspectos sobre la realidad penitenciaria actual, es la compleja organización de la vida dentro del establecimiento penitenciario. Los fines de la administración del sistema penitenciario son dos: la retención o custodia y la resocialización. En cuanto a este último, queda recogido en dos leyes distintas, por un lado, en el art. 25.2 de la CE⁶, donde se expresa entre otras cuestiones que la persona cumple la pena privativa de libertad y la medida de seguridad para ser reeducado y reinsertado socialmente; y, por otro lado, el art. 1 de la Ley Orgánica General Penitenciaria expone entre otros asuntos que, las instituciones penitenciarias tienen el objetivo de lograr la reeducación y reinserción social de los presos. El problema reside que estos objetivos quedan enmarcados en la jurisprudencia como una utopía inabarcable e imposible de alcanzar por las características que envuelven el medio penitenciario (Pérez Sánchez, s.f., p.10). Como hemos ido mencionando, se trata de infraestructuras opuestas a la construcción de espacios ocupacionales, terapéuticos, incluso farmacológicos para el desarrollo del tratamiento psiquiátrico. Muy a menudo ocurre el conocido fenómeno de la “puerta giratoria”⁷. Los enfermos son atendidos de forma ineficaz y derivados de uno a otro recurso sin poder evitar que finalmente, cometan algún delito y se les imponga una medida más dura privándolos así de su libertad (Ministerio del Interior, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2011).

⁶ Constitución Española, art. 25.2: “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 de este Capítulo, 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 correspondientes de la Seguridad Social, así como al acceso a la cultura y al desarrollo integral de su personalidad” (Constitución Española, BOE núm.311, de 29 de diciembre de 1978).

⁷ Fenómeno descrito por primera vez en los años 60 como proceso de desinstitucionalización de los pacientes psiquiátricos. Se trata de una situación en donde la persona es ingresada de forma continua en un Hospital (Ortega Aladrén O. (2012). ¿Existe todavía la puerta giratoria en Psiquiatría? Estudio de reingresos en una unidad de corta estancia. TFM, Universidad de Zaragoza. Consultado el 3 de octubre en <https://zagan.unizar.es/record/8593/files/TAZ-TFM-2012-610.pdf>).

La convivencia en las cárceles se rige por un ambiente hostil y violento, por la obediencia a normas y restricciones estrictas y divergentes, por horarios rígidos y por un control y una disciplina reglamentaria que, en muchos casos da lugar a la despersonalización del interno, pudiendo llegar a producirse una pérdida de identidad y el suicidio (CCOO, Instituciones Penitenciarias, s.f.; Ministerio del Interior, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2011; Pallarés Neila, J. & Utrera Canalejo, I., 2022, p.210). Las distintas investigaciones realizadas por la OMS (2000) han demostrado la importante correlación entre personas que cometen suicidios en grado de tentativa y/o consumados y personas que padecen un TMG, siendo este uno de los factores de riesgo de suicidio más relevantes, en concreto diagnósticos psiquiátricos como: depresión, esquizofrenia, trastornos de la personalidad y trastornos de ansiedad. Siendo uno de los factores de riesgo más importantes entre la población penitenciaria el diagnóstico psiquiátrico, también lo es la desesperanza ocasionada por conflictos, problemas económicos o laborales, la baja autoestima, el aislamiento social, los sentimientos de rechazo social y familiar y la dificultad en la resolución de problemas (Negredo, Melis & Herrero, 2010, 27-84). En consecuencia, la monotonía del día a día, la frustración, así como el aislamiento emocional son características penitenciarias que no ayudan a mitigar los síntomas de los internos que padecen un TMG y elevan notoriamente el riesgo de suicidio de estas personas (CCOO, Instituciones Penitenciarias, s.f.; Ministerio del Interior, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2011; Pallarés Neila, J. & Utrera Canalejo, I., 2022, p.210).

Finalmente, desde el punto de vista comunitario y general, España se caracteriza por la insuficiencia de presupuesto para la salud mental. Como consecuencia y partiendo de la falta de coordinación existente entre los servicios comunitarios y la administración penitenciaria, en el sistema carcelario la atención en salud mental será mucho menor. De hecho, el presupuesto en salud mental de la mayor parte de los países es inferior al 1% del gasto total en salud (Ministerio del Interior, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2011). Es palpable de esta forma, la falta de recursos materiales y personales que no permiten el desarrollo de la actividad profesional y vulneran el derecho de los internos a recibir atención en cualquier ámbito dentro del sistema. Especialmente, en el área de salud mental, los equipos de tratamiento se encuentran incompletos por la ausencia de personal

especializado (psicólogos, terapeutas ocupacionales y psiquiatras) e impulsado por la fragmentación de la red de salud mental comunitaria. (Camacho Brindis, s.f. 732-733; Pallarés Neila, J. & Utrera Canalejo, I., 2022 p.210; Zabala, 2016, p. 100). Por consiguiente, en mi opinión es normal que cuando la persona se encuentra en el momento de reinsertarse de nuevo en la sociedad, no tenga las herramientas suficientes y adecuadas para poder afrontar de nuevo su vida, lo que lo agrava el padecimiento de su TMG.

4.3.3 Tratamiento Penitenciario

El sistema penitenciario español se divide en tres áreas fundamentales: el régimen disciplinario, la ejecución de otras penas y el área de tratamiento penitenciario. Vamos a centrarnos en este último campo.

Actualmente España se rige por un sistema de penas orientado a la reeducación y reinserción social de los penados y es la administración penitenciaria la encargada del seguimiento y dirección de todas las actividades dirigidas a la prestación del servicio público de ejecución de pena y medias penales. Como hemos ido introduciendo en el apartado anterior, los fines y principios del sistema penitenciario quedan recogidos en el artículo 25.2 de la Constitución Española (CE) y en el artículo 1 de la LOGP⁸. Por un lado, el art. 25.2 de la CE, nos expresa que la persona cumple la pena privativa de libertad y la medida de seguridad, que nunca podrán consistir en trabajos forzosos, para ser reeducado y reinsertado socialmente. Asimismo, el preso tiene derecho a un trabajo remunerado y gozará de los beneficios de la Seguridad Social y 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”*. Estos límites necesarios para poder implementar la condena impuesta a los condenados, deriva de un sistema de ejecución de penas y medidas de carácter preventivo especial positivo y encaminado hacia la prevención y la evitación a la reincidencia

⁸ Ley Orgánica General Penitenciaria, art. 1: *“Las instituciones penitenciarias reguladas en la presente Ley tienen como fin primordial la reeducación y la reinserción social de los sentenciados a penas y medidas penales privativas de libertad, así como la retención y custodia de detenidos, presos y penados. Igualmente tienen a su cargo una labor asistencial y de ayuda para internos y liberados”*. (LOGP, BOE núm.239, de 5 de octubre de 1979).

(Pérez de Tudela, 2018, 228-229). Por otro lado, el artículo 1 de la LOGP rebasa la CE, transformándose en una regla garantista y revolucionaria, estableciendo que las instituciones penitenciarias tienen el objetivo de lograr la reeducación y reinserción social de los presos, así como, retener y custodiar a los detenidos. Además, expresa que las propias instituciones tienen una labor asistencial y de ayuda para los internos y liberados, lo que a su vez exige la implementación de programas de tratamiento para favorecer la reinserción y evitar los efectos nocivos de la vuelta a la sociedad. A pesar de que el Tribunal Constitucional ha resaltado en varias sentencias que la reeducación y reinserción social no son los únicos objetivos de nuestro sistema punitivo, considerando como derechos subjetivos el pleno empleo, una vivienda digna y la reinserción, siempre se ha elevado a rango constitucional el cometido resocializador de la pena (Pérez de Tudela, 2018, pp.229).

Adentrándonos en el tema, en el Título III, artículos 59 a 72 de la LOGP donde queda recogido el concepto de tratamiento y los fines principales del mismo. Así pues, para poder dar una definición concisa de lo que se entiende por tratamiento penitenciario debemos atender al artículo 59 1. que menciona: “El tratamiento penitenciario consiste en el conjunto de actividades directamente dirigidas a la consecución de la reeducación y reinserción social de los penados”. Por su parte todas estas actividades y programas de carácter individualizado, atenderán a las particularidades médico-biológicas, psiquiátricas, psicológicas, pedagógicas y sociales, en función de la personalidad de cada interno (Art. 62 LOGP)⁹. Por ende, entendemos que existan programas especializados y orientados para aquellas personas con aspectos psiquiátricos que necesitan de una atención diferencial que veremos a continuación.

No debemos olvidar que en el caso de los internos con un TMG una vez salen de prisión al haber cumplido la condena o la medida de seguridad impuesta, su enfermedad mental persiste. Según el artículo 185.2 del Reglamento Penitenciario, es la Administración Penitenciaria quien debe solicitar la colaboración de otras administraciones con el objetivo de prolongar el tratamiento psiquiátrico una vez los internos proceden a la excarcelación tras

⁹ Ley Orgánica General Penitenciaria, art.62 c): “c) *Será individualizado, consistiendo en la variable utilización de métodos médico-biológicos, psiquiátricos, psicológicos, pedagógicos y sociales, en relación a la personalidad del interno.*” (LOGP, BOE núm.239, de 5 de octubre de 1979).

su puesta en libertad. Esta finalidad parte de la importancia de garantizar una asistencia social postpenitenciaria desde el punto de vista del diagnóstico psiquiátrico de cada interno en las distintas estructuras intermedias de atención a la salud mental. Por su parte, también se puede dar la situación de que el interno una vez excarcelado y/o puesto en libertad sufra de una descomposición psiquiátrica que suponga su derivación a un centro hospitalario comunitario para proceder a su tratamiento.

Por otro lado, a pesar de que gran parte del trabajo recae en la Administración Penitenciaria como órgano encargado del tratamiento de los penados, existen otras actuaciones que facilitan la reeducación y reinserción del preso. Principalmente, tener una red de apoyo familiar. La familia constituye el núcleo esencial en la vida de las personas que la forman. Así pues, proporciona al interno asistencia y respaldo en un momento tan duro e intenso como es el encarcelamiento. Como dicen Wills y Shinar (2000) existen cinco tipos de acompañamiento una vez el interno sale de prisión (86-135) Por un lado, el apoyo emocional en donde la familia intenta escuchar al interno, darle indicaciones ante su posible descontrol como consecuencia de su enfermedad y fortalecer su autoestima y motivación. En segundo lugar, el apoyo instrumental refiriéndose a la ayuda más práctica y material (medicamentos). En tercer lugar, proporcionarle información y conocimiento sobre su vuelta a la comunidad. En cuarto lugar, la promoción sobre la validación y el feedback de sus actitudes. Y finalmente, prestarle sobre todo compañía, pues como hemos venido diciendo la soledad de las cárceles es abrumadora. Acompañar al interno a la realización de actividades sociales y de ocio y tiempo libre le ayudará a retomar sus hábitos y le permitirá volver a la realidad de una forma más amena.

Igualmente, el interno debe retomar sus amistades y su grupo de iguales con el que se relacionaba antes de su ingreso con el objetivo de que éstos le ayuden a afrontar los posibles obstáculos y los conflictos furto de las tensiones que vaya a encontrarse en la comunidad (Ibañez & Pederosa, 2018, 16-19).

Y finalmente, es importante también fomentar una red de apoyo con instituciones tutelares como son Fundación Manantial, Ambit o Arrats, cuya misión es atender de forma integral a las personas con problemas de salud mental excarceladas y que han salido de prisión y no cuentan con apoyo social y/o familiar.

4.3.3.1 Programas: Unidades Puente, PAIEM, Programa Puente Extendido, Programa de Mediación e Inserción Social

Las demoledoras conclusiones expuestas sobre la situación en la que se encuentran las personas con TMG en prisión, no supone prescindir de una de las actuaciones más importantes en este contexto llevada a cabo por la administración penitenciaria, dentro del tratamiento dirigido a este colectivo. Así pues, en el año 2007 la Dirección General de Instituciones Penitenciarias publicaba el “Programa marco para la Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios” con sus siglas PAIEM. Desde entonces, este programa ha sido extendido en 67 centros, siendo renovado en diciembre del 2013 y un año atrás en 2012 fue ampliado por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias con la implementación del Programa de Unidades Puente. Este recurso se desarrolló con el objetivo de facilitar la continuidad de tratamiento y el proceso de libertad de aquellos internos que se encuentran cumpliendo condena en los Centros de Inserción Social en régimen de libertad condicional y régimen abierto con el programa “Puente de Medicación Social” y en el Servicio de Gestión de Penas o Medidas Alternativas con el Programa “Puente Extendido”. Todos ellos, regulados por el Real Decreto 840/2011, de 17 de junio y con la intención de dar continuidad a aquellos internos enfermos mentales tras su liberación (PAIEM, 2013; Pallarés Neila y Utrera Canalejo, 2022, 210-220; Hava García, 2021, 70-110).

Para poder entender la aplicación de los programas, debemos retomar los supuestos expuestos anteriormente (p. 13-14) sobre las medidas impuestas en aquellas personas que padecen un TMG en el sistema penitenciario.

Medida impuesta	Tratamiento
<p>Inimputabilidad y sujetos peligrosos con la posibilidad de reincidencia (Art. 95 y ss CP) con la imposición de una medida de seguridad privativa de libertad como consecuencia de haber sido declarado inimputable.</p>	<p>Tratamiento basado en los programas específicos de los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios; y en los casos de que le sujeto se encuentre en un centro penitenciario a la espera de entrar en el HPP se le aplica el tratamiento basado en el “Programa PAIEM”.</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Imputabilidad con atenuante o semimputabilidad porque la enfermedad mental ha influido de manera significativa a la hora de cometer el delito y se establece el cumplimiento de una pena y medida de seguridad por la situación de eximente incompleta (art. 104 CP). 2. En los casos donde el sujeto es declarado culpable, pero el juez de vigilancia penitenciaria comunica su diagnóstico para proceder a la suspensión de la ejecución de la pena e imposición de una medida de seguridad (que en este caso sí, deberá ser privativa de libertad) como consecuencia del diagnóstico dentro de prisión del TMG (art. 60 CP). 	<p>Tratamiento basado en el “Programa PAIEM” para los sujetos que estén cumpliendo una medida de seguridad en el centro penitenciario.</p>

<p>Sujetos que se encuentran en libertad, pero deben cumplir una pena o medida alternativa (así pues, no privativa de libertad) como una pena de TBC o en los supuestos en donde les han suspendido la pena al tratarse de la comisión de un delito con una condena menor a dos años.</p>	<p>Tratamiento basado en el “Programa Puente Extendido” tramitado por el Servicio de Gestión de Penas y Medidas Alternativas (SGPMA).</p>
<p>Imputabilidad, independientemente de su diagnóstico (art. 60 CP) con cumplimiento de pena privativa de libertad</p>	<p>Tratamiento basado en el “Programa PAIEM” en el caso de que sujeto este cumpliendo condena en primer o segundo grado en un centro penitenciario ordinario. Una vez, el interno progresa al tercer grado el tratamiento al que tiene acceso es el “Puente de Medición Social. Este programa se lleva a cabo en los Centros de Inserción Social y Centros de medio abierto.</p>

**Tabla de elaboración propia.*

1. Programa para la Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios, PAIEM (diciembre 2013)

El PAIEM surge de la modificación del Programa Marco que tiene su objetivo de intervención en promover una atención óptima y apropiada a los internos que padecen una enfermedad mental en el medio penitenciario. Se trata pues de reclusos que se encuentran cumpliendo una pena o medida de seguridad privativa de libertad habiendo sido declarados imputables por la justicia según lo dispuesto en el artículo 60 del CP, así como aquellos declarados semimputables o aquellos que se encuentran a la espera de que quede una plaza libre en los HPP. Este programa tiene un marco de actuación basándose en la evolución de la enfermedad mental que presentan los internos.

La finalidad principal del Programa PAIEM es mejorar las condiciones en las que se encuentran los internos que padecen un trastorno mental grave o crónico. Su objetivo lleva consigo la complementariedad de tres procesos para los internos enfermos mentales: recuperar su salud, superar los efectos negativos que pueda experimentar la persona y continuar con el tratamiento tras su excarcelación.

Por consiguiente, el programa se rige por el desarrollo de una intervención con enfermos mentales basada en un modelo asistencial con tres líneas de actuación: detección, diagnóstico y tratamiento. Más aún, el Programa Marco se apoya en un triple objetivo de intervención:

- a. Detectar, diagnosticar y tratar a todos los internos que sufran algún tipo de trastorno mental.
- b. Mejorar la calidad de vida de los enfermos mentales, aumentando su autonomía personal y la adaptación al entorno.
- c. Optimizar la reincorporación social y la derivación adecuada a un recurso sociosanitario comunitario.

De esta forma, el itinerario que siguen los centros penitenciarios en aquellos internos enfermos mentales se apoya en la atención clínica como primera línea de actuación de su modelo asistencial. El tratamiento y el diagnóstico es llevado a cabo por el equipo sanitario y el psiquiatra del centro, los cuales tienen la labor de registrar según el diagnóstico del interno y valorar el nivel en el que se encuentre:

Nivel 1: Buena integración y funcionamiento. La persona puede hacer vida normal en el centro.

Nivel 2: Parcial integración y funcionamiento diario. Puede hacer vida normal en el módulo con seguimiento,

Nivel 3: Conductas de riesgo o disruptivas o deficiente integración y funcionamiento diario. Preferentemente en enfermería, precisa control y asignación de un interno de apoyo.

Seguidamente se procede al proceso de elaboración del PIT o PIR. Como hemos visto, todo interno debe registrarse por un Programa Individual de Tratamiento (PIT) para su reinserción y reeducación social, pero en los casos donde la persona padece una enfermedad mental que le impide el desarrollo diario de sus habilidades y genera riesgo entre la población penitenciaria (Nivel 3), se valora la necesidad de rehabilitación y como consecuencia su programa recibe el nombre de PIR (Programa Individualizado de Rehabilitación). En estos supuestos, es el Equipo Multidisciplinar de Salud Mental el encargado de evaluar las habilidades y discapacidades que pueda padecer la persona y elaborar su PIR conforme su situación con un mismo objetivo, preparar al enfermo para la salida y reincorporación social.

2. Programa Puente Extendido, PPE (febrero 2020)

El programa Puente Extendido es un programa de intervención en salud mental, creado para aquellas personas que deben cumplir penas o medidas alternativas (entre ellas, el Trabajo en Beneficio de la Comunidad) como consecuencia de la suspensión de una pena privativa de libertad con una condena inferior a dos años (regulado por el Real Decreto 840/2011, de 17 de junio). Su situación deriva de la detección de un TMG, así como de una dificultad de asentamiento de su proceso mental de forma adecuada en la comunidad. De alguna forma, se trata de un programa cuyo objetivo es detectar de forma temprana el TMG de la persona, mejorar su salud y derivarla al recurso sociosanitario más idóneo.

Por ello, estos internos se encuentran en situación de libertad cumpliendo la medida alternativa al ingreso en prisión. Se entiende pues, que en estos casos la medida impuesta es un programa psicoeducativo tras el diagnóstico de profesional del padecimiento de un TMG por parte del sujeto. En estos casos, el programa a realizar será el Programa Puente Extendido.

En relación con este programa, podemos incluir también el **Programa Integra (diciembre 2007)** como programa de intervención educativa y sanitaria dirigido al mismo colectivo anterior, personas que deben cumplir penas o medidas alternativas como consecuencia de la suspensión de una pena privativa de libertad (regulado por el Real Decreto 840/2011, de 17 de junio) y además presentan una discapacidad intelectual (DI) (regulado por el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre).

3. Programa Puente de Mediación Social en enfermos mentales, PPMS (mayo 2014)

El Programa Puente de Mediación Social es el programa destinado a aquellas personas que padecen un TMG en el momento del ingreso en el Centro de Inserción Social, es decir, cuando el interno ha progresado y alcanzado el tercer grado y se encuentra en régimen abierto o en libertad condicional cumpliendo una pena privativa de libertad. Su finalidad es promover el proceso de reinserción en la sociedad. Para su iniciación se requiere de la intervención de una organización no gubernamental o una entidad colaboradora, que al mismo tiempo debe formar parte del equipo multidisciplinar que conforma el programa.

Al margen de todos estos programas y tratamientos a los que tienen acceso los internos, considero que estos recursos son insuficientes para poder abordar patologías mentales. Desde mi punto de vista, existe un fuerte estigma sobre la reinserción social de los internos con TMG. El momento de libertad del interno no solo es competencia de Instituciones Penitenciarias, sino que es fundamental la adecuada derivación a un recurso socio asistencial de la Comunidad respectiva para solucionar problemas que, al fin y al cabo, son de responsabilidad comunitaria. Por otro lado, estamos hablando de trastornos mentales graves y es evidente que una esquizofrenia o una psicosis, por poner un ejemplo, no se pueden tratar en una prisión porque como hemos visto estos centros no tienen el equipo sanitario acorde a la patología que padecen. Al igual que para proceder a una operación se requiere un quirófano, para tratar un TMG se requiere también un Hospital psiquiátrico destinado a tales fines.

4.3.4 HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS PENITENCIARIOS: Sevilla y Alicante

Como hemos hecho alusión a lo largo de la investigación, desde la reforma psiquiátrica de los años 80, se promueve un modelo asistencial basado en la rehabilitación psicosocial del enfermo mental, evitando el aislamiento como alternativa terapéutica. Desde entonces, dicha actividad ha quedado limitada a los Hospitales Psiquiátricos como consecuencia de la clausura de los recursos auxiliares.

Desde la psiquiatría comunitaria¹⁰ se apuesta para que aquellos enfermos mentales con bajo riesgo criminal sean derivados a los recursos comunitarios con el objetivo de recibir un tratamiento adaptado a su dolencia mental sin tener que permanecer retenidos y custodiados. Así pues, solo los enfermos mentales con un deterioro cognitivo importante, un elevado porcentaje de dependencia o con riesgo de comportamientos violentos y agresivos deben residir en los conocidos Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, adscritos a la Administración Penitenciaria (Ministerio del Interior, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2011; Fernández Arévalo, L., 2006, 249).

Según el Reglamento penitenciario aprobado por Real Decreto 190/96, de 9 de febrero en su artículo 183 se define Hospital Psiquiátrico Penitenciario como *“los Establecimientos o Unidades Psiquiátricas penitenciarias son aquellos centros especiales destinados al cumplimiento de las medidas de seguridad privativas de libertad aplicadas por los Tribunales correspondientes”*. Así pues, en el actual reglamento se diferencian dos tipos de centros psiquiátricos: por un lado, los establecimientos psiquiátricos penitenciarios y, por otro lado, las unidades psiquiátricas, las cuales se encuentran localizadas dentro en los centros penitenciarios ordinarios.

¹⁰ El término de “psiquiatría comunitaria” fue impuesto y utilizado en Gran Bretaña en 1957 para relativizar a la enfermedad y la deficiencia mentales. Por su parte, la OMS en 1953, se refiere a este término como aquellos *“hospitales mentales”* en donde se realizan ingresos hospitalarios, pero también se desarrollan servicios y recursos que actúan en la comunidad.

Sin embargo, el reglamento no supo dar una alternativa a la reforma psiquiátrica comunitaria y a esta atroz realidad. Actualmente la Dirección General de Instituciones Penitenciarias dependiente del Ministerio del Interior solo dispone de dos Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, uno en Sevilla y el otro en Alicante. La insuficiencia de plazas de los Hospitales y la escasez de Unidades Psiquiátricas en los centros ordinarios hace que muchos sujetos acaben ingresados en prisiones tipo con un tratamiento inapropiado respecto a su dolencia mental. En gran parte, es responsabilidad de la administración sanitaria que no ha sido competente a la hora de proporcionar recursos alternativos comunitarios conforme ordena la ley (Fernández Arévalo, L., 2006, p.249; Bobes García & Martínez Cordero, 2001, (3) 3).

En nuestro caso, vamos a centrarnos en los dos Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios. Se caracterizan por ser centros sanitarios que mantienen el mismo control y nivel de contención que una prisión común, pues sus finalidades siguen siendo las mismas que los centros penitenciarios al ser centros especiales adscritos a la Administración Penitenciaria: la retención y custodia del interno y su reeducación y reinserción social, pero adaptándose a las circunstancias de cada sujeto regidas por su enfermedad mental. Estos Hospitales son centros exclusivos para enfermos mentales con medidas de seguridad privativas de libertad ante supuestos de inimputabilidad y sentenciados a ser custodiados hasta la pérdida y/o curación de su enfermedad evitando así el riesgo de reincidencia (Art. 95 y ss CP). Por su parte, dicho internamiento se encuentra regulado en el artículo 101 del CP¹¹, en donde se establece también que la residencia en este tipo de establecimientos no es permanente, sino que la persona permanece en el Hospital con el límite del tiempo que le hubiera correspondido la pena de prisión si hubiera sido declarado culpable por el delito cometido (Gómez Jara, 2012, p.70; Ministerio del Interior, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2011). Teniendo en cuenta que, durante este tiempo, la

¹¹ Artículo 101 del Código Penal: “1. Al sujeto que sea declarado exento de responsabilidad criminal conforme al número 1.º del artículo 20, se le podrá aplicar, si fuere necesaria, la medida de internamiento para tratamiento médico o educación especial en un establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie, o cualquier otra de las medidas previstas en el apartado 3 del artículo 96. El internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si hubiera sido declarado responsable el sujeto, y a tal efecto el Juez o Tribunal fijará en la sentencia ese límite máximo. 2. El sometido a esta medida no podrá abandonar el establecimiento sin autorización del Juez o Tribunal sentenciador, de conformidad con lo previsto en el artículo 97 de este Código.” (BOE, NUM. 281, 24/11/1985)

medida de seguridad impuesta puede ser suspendida, modificada o sustituida por la autoridad judicial, lo que permite al interno la posibilidad de salir antes en libertad.

El Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante fue inaugurado en enero de 1984 con una capacidad máxima de 371 plazas residenciales. Este Hospital lidia con la asistencia psiquiátrica penitenciaria del todo el territorio nacional a excepción de Extremadura, Canarias, Ceuta y Melilla y Cataluña. Está última tiene transferidas las competencias en esta materia. Además, se trata del único Hospital que atiende también a toda la población femenina penitenciaria del territorio nacional. Además de ser el primer Hospital Psiquiátrico inaugurado en España fue ejemplar en cuanto a institución y organización. En primer lugar, se propuso un modelo de funcionamiento en régimen de Comunidad Terapéutica al mando de la Junta de Tratamiento, la cual tuvo que asumir las funciones pertenecientes a la Junta de Régimen y Administración. En segundo lugar y teniendo como base el código penal anterior, se impulsó un régimen de salidas terapéuticas con el objetivo de que los pacientes residentes en el HPPA pudieran disfrutar de esta medida. Y finalmente, se motivó a todo el personal del centro a la toma de decisiones importantes mediante el desarrollo de un dispositivo de participación que años más tarde, dio lugar a la creación de los equipos multidisciplinares.

El Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla fue inaugurado en junio de 1990 tras el cierre del Sanatorio Psiquiátrico Penitenciario de Madrid. Se trata de un Hospital con una capacidad de 158 plazas para internos residentes. Por su parte, este proporciona asistencia sanitaria penitenciaria a la población masculina exclusivamente de las regiones autónomas de Andalucía, Extremadura y Canarias y Ceuta y Melilla.

A diferencia de los centros penitenciarios, estos Hospitales son caracterizados por ser centros especiales, pues los internos no se encuentran clasificados en grados y ello hace que no sea necesario la existencia de Juntas de Tratamiento y Equipos Técnicos. Para substituir estos dos órganos, los HPP disponen de una Junta Económico Administrativa y de un Consejo de Dirección. Este último es el órgano colegiado competente en la elaboración de los Programas Individuales de Rehabilitación (PIR) para los internos y en la toma de decisión con previa comunicación con el Juez de Vigilancia Penitenciaria, sobre propuestas de

continuidad, sustitución, suspensión o cese de la medida de internamiento psiquiátrico (Fernández Arévalo, L., 2006, p.249). Este órgano, según el artículo 97 del CP será el conocido Equipo Multidisciplinar (Art. 265.4 RP)¹².

Para cerrar este capítulo y teniendo en cuenta la cartera de programas existentes y la actuación de los dos Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios que cuenta nuestro país, una cosa esta clara y es la diferencia de tratamiento de aquellos que se encuentran cumpliendo una medida de seguridad en un HPP, a diferencia de los reclusos que se encuentran cumpliendo una pena o medida de seguridad en un centro penitenciario. De alguna forma, estos últimos se encuentran privados de los beneficios terapéuticos que adquieren y disponen los sujetos que están cumpliendo una medida de seguridad en un HPP. Estos beneficios podrían recogerse de la siguiente forma:

- El Hospital Psiquiátrico Penitenciario cuenta con una infraestructura y un personal capacitado en el tratamiento de enfermedades mentales, pues es mucho más específico y especializado en cada caso, los médicos son especialistas y profesionales en el ámbito psiquiátrico, lo que permite una actuación más definida y dedicada a cada enfermedad en concreto. Por su parte, los centros penitenciarios, rara vez cuentan con un médico psiquiatra para el tratamiento de los penados con enfermedad mental.
- En cuanto a la naturaleza del tratamiento, es evidente que los penados en un HPP reciben terapias específicas a su enfermedad mental (TAP, Depresión severa, TLP, Psicosis...), con un tratamiento centrado en el bienestar de paciente cuyo objetivo es ayudarlo a recuperarse, reintegrarse en la sociedad teniendo en cuenta su cualidad de enfermo mental y prevenir recaídas. Mientras que los penados en un centro ordinario reciben de forma más generalizada un tratamiento carcelario. Se trata de terapias limitadas y enfocadas en el castigo y la seguridad, así como en el comportamiento del

¹² De la misma forma, el Equipo Multidisciplinar de los Hospitales Psiquiátricos estará formado por psiquiatras, psicólogos, médicos generales, enfermeros y trabajadores sociales

penado, en lugar de la rehabilitación y la recuperación de la enfermedad mental del sujeto.

- En tercer lugar, como es lógico, los pacientes de HPP suelen permanecer en tratamiento durante más tiempo que los penados que se encuentran en un centro penitenciario como consecuencia del abordaje adecuado de los síntomas de la enfermedad y para prevenir recaídas.
- Por otro lado, el ambiente de un HPP es más clínico y menos restrictivo que el de un centro penitenciario, lo que como hemos visto en capítulos anteriores (*Consecuencias psicosociales del ingreso en prisión en personas con TMG*), puede tener cierto impacto en el bienestar emocional y mental de los penados.

4.3.5 LA REALIDAD DE LA PSICOPATÍA EN PRISIÓN

Todavía no se ha encontrado un consenso acerca de la definición y limitaciones del concepto de psicopatía, pues ésta no se encuentra recogida en ninguna clasificación de las enfermedades mentales. Sin embargo, podemos sostener que la psicopatía es considerada un subgrupo del **Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP)** a nivel clínico (Martínez López, 2010, pp. 14-18). Los trastornos de personalidad a modo general abarcan diversas alteraciones y modos de comportamiento que marcan un estilo de vida y una idiosincrasia que definen y diferencian a la persona. Por consiguiente, la conducta antisocial engloba tanto los rasgos de la personalidad psicopática como los rasgos característicos de un TAP, en particular comparten el componente agresivo (Gaviara Valencia, 2016, 46-48). Pero un sujeto con rasgos de TAP no tiene por qué ser diagnosticado de psicopatía, de la misma forma, que un psicópata no tiene por qué cumplir criterios del TAP.

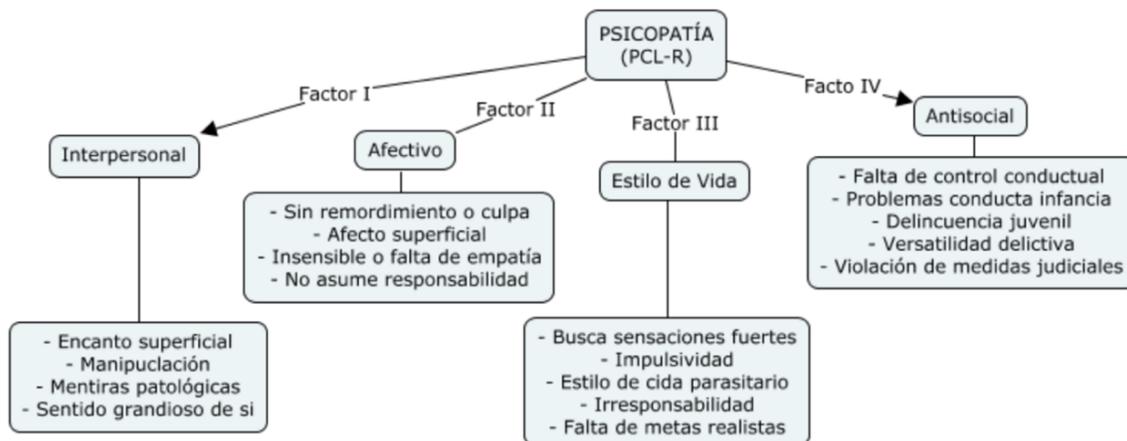
Lo primero que debemos tener en cuenta a la hora de hablar de psicopatía como enfermedad mental es que el psicópata no tiene por qué ser siempre un criminal. De hecho, la mayoría de los psicópatas son personas integradas en la sociedad, manipuladores e insensibles. Pero lo cierto es que la persona que sufre de psicopatía es más vulnerable y propensa a cometer actos antisociales (Pérez, Sánchez B., 2014; Norza Céspedes E. & Egea Garavito, G., 2017, 243-259).

Como hemos visto en los capítulos anteriores, el padecimiento de un trastorno mental es considerado un factor de riesgo que aumenta la probabilidad de la comisión de actos violentos. En especial, la psicopatía criminal está asociada con la forma más perversa e implacable de la conducta delictiva (Pozueco, José Manuel, 126-136).

La psicopatía presenta una prevalencia en la población en general de entre el 1% y el 3%. No obstante, este porcentaje se eleva hasta el 30% en la población penitenciaria (Sanz-García, Gesteira, Sanz, García Vera, 2021). Los psicópatas delincuentes son perpetradores generalizados y versátiles, pues pueden cometer cualquier tipo de delito, aunque son los responsables de 50% de los delitos graves, especialmente homicidio, agresión sexual y violación según el NIJ (National Institute of Justice, 2005; Sanz-García, Gesteira, Sanz, García Vera, 2021, 2-14).

No fue hasta los años 80 cuando, Robert D. Hare profesor de Psicología en la Universidad de British Columbia de Canadá hizo una primera aproximación al concepto entendiendo la psicopatía como un trastorno de personalidad caracterizado por una serie de rasgos y conductas a nivel interpersonal (individuo egocéntrico y dominante mediante la manipulación, la mentira y la violencia), a nivel afectivo (ausencia de remordimiento ante el mal causado y de empatía) y a nivel conductual (estilo de vida impulsivo e irresponsable). Para poder revisar este concepto, el propio autor diseñó una escala de evaluación de la psicopatía en la que se incluían aspectos de la denominación que había recibido hasta entonces el concepto: aspectos de personalidad y aspectos de conducta desviada. El instrumento fue revisado en 1991 por el propio autor y recibe el nombre de *Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R)*¹³. A pesar de que han sido varios los autores que han investigado el tema y han creado otros métodos de evaluación, la PCL-R de Hare sigue siendo uno de los instrumentos más utilizados en la actualidad (Pérez, Sánchez B., 2014; Norza Céspedes E. & Egea Garavito, G., 2017, 243-259).

¹³ A priori, Robert Hare diseñó la PCL (*Psychopathy CheckList* o lista de verificación en psicopatías) y posteriormente la PCL-R (*Psychopathy CheckList Revised* o lista revisada de verificación en psicopatías).



Esquema del instrumento de análisis PCL-R R Hare (1991) de elaboración propia

De forma genérica, podemos dividir la personalidad psicópata en dos: el psicópata primario y el psicópata secundario. Los psicópatas primarios sufren un trastorno de personalidad caracterizado por una falta de empatía combinada con una conducta marcadamente amoral y todo ello enmascarado bajo la apariencia de normalidad. Además, tienen un bajo temor al castigo y a sus consecuencias, por lo que delinquir no les supone ningún problema. Por otro lado, los psicópatas secundarios sufren un trastorno de personalidad caracterizado por una dificultad para reprimir los impulsos combinada con una persistente búsqueda de sensaciones intensas y una dificultad para establecer metas a largo plazo. Se trata de psicópatas que, a diferencia de los anteriores, planifican menos la delincuencia y son menos reactivos, pero tienen una fuerte tendencia compulsiva a transgredir las normas, pues para ellos delinquir es una actividad intrínsecamente placentera. Aunque ambas tipologías de personalidad no conducen necesariamente al crimen, hacen vulnerable su comisión (Lutenberg, J. M. 2010, 73.82; Soto, J. E. 2021, 233-248).

Independientemente de estas personalidades psicopáticas, todo psicópata es conocedor del sentido de la norma, es decir, sabe lo que está bien y lo que está mal. Por ello, con respecto a la imputabilidad, se entiende que éstos deben ser declarados culpables de su conducta delictiva ya que no presentan demencias a efectos penales. No obstante, no se tiene en cuenta que lo que les obstaculiza a infringir la ley es justo el trastorno mental que padecen (Pozueco Romero, Romero Guillena y Casas Barquero, 2011, 175-192).

Dicho lo anterior, es fácil encontrar con una considerable prevalencia de penados psicópatas en prisión. Como consecuencia se han llevado a cabo varios estudios para afianzar o desmentir la eficacia del tratamiento y, así pues, disminuir significativamente la reincidencia. Durante muchas décadas ha existido una fuerte negativa sobre la intervención y el tratamiento efectivo en psicópatas. Incluso subrayando que en términos de coste-beneficio, lo más eficaz era excluirlos directamente de los programas de tratamiento y de la sociedad en general. De este modo, la investigación desempeñada por el IX Congreso (Inter)Nacional de Psicología Jurídica y Forense (2016, Madrid), alegan la necesidad de intervenir de forma específica y consciente, pues de los participantes el 87% de los psicópatas adaptados, habían participado en programas. De ello, pudieron sacar las conclusiones de que los programas de alguna forma ponen de manifiesto un cambio conductual y cognitivo en dichos sujetos (Pereira, Novo y Arce, 2017, p.277). Lo cierto es que a priori, es muy difícil que los psicópatas muestren una motivación para cambiar, pues su sensación desmesurada de autovalía les hace considerarse perfectos tal y como son. Pese a todo, es en 2002 cuando se produce un vuelco sobre la eficacia del tratamiento en psicópatas y se empiezan a plantear propuestas de tratamiento en base a tres modelos (Garrido, 2002, 181-189).

- A) En primer lugar, *el modelo RNR (Riesgo – Necesidad - Responsividad)* (De la Sala, F., 2013, pp. 66-73). En base a estos tres principios, el modelo apuesta por un nivel de tratamiento en función del nivel de riesgo que presente el psicópata. Así, aquellos con una mayor propensión a reincidir requerirán un tratamiento más intensivo. Más aún, este modelo incide en que el tratamiento debe basarse en los factores dinámicos del psicópata, dejando de lado aquellos factores que no son modificables o que son más difíciles de modificar como el historial delictivo o el internamiento.
- B) En segundo lugar, *el modelo de tratamiento de los dos componentes* (ibidem, pp. 73-77). Este modelo apuesta por la eficacia del método PCL-R de Hare y establece que, disminuyendo las puntuaciones de los rasgos del instrumento antes explicado, especialmente de aquellos relacionados con el factor II (ítem afectivo), permitiría disminuir la psicopatía del sujeto correspondiente.

- C) En tercer y último lugar, *el modelo de terapia dialéctica condutal adaptado para el tratamiento de delincuentes psicópatas* (ibidem, 2013, pp. 78). Este modelo destaca la importancia del tratamiento expresamente en los rasgos emocionales del psicópata en cuestión, así como de la participación y compromiso de éste para que el tratamiento pueda dar su fruto desde el punto de vista terapéutico.

Ahora bien, a pesar de las distintas modalidades de tratamiento existentes para diagnósticos psicopáticos, de los estudios del metaanálisis sobre 12 investigaciones después de la excarcelación dieron como resultado que, entre la población reclusa los psicópatas presentan una reincidencia de 3,2 veces mayor en delitos en general y 4,3 veces mayor en delitos violentos. Con ello, el tratamiento no solo tiene incidencia sobre la conducta delictiva de los psicópatas, sino que en ocasiones y como en el caso de psicópatas primarios, el efecto que tiene es agravante (Esteban Martínez C., Garrido Genovés V. & Sánchez Meca J., 1996, 55-68; Garrido Genovés, V., 2002, 181,189; de Lasala, Porta, 2013, 51-85).

Desde mi punto de vista, es evidente que es muy difícil cambiar a alguien que no quiere cambiar. Los psicópatas pueden participar en los programas, pues su personalidad, su educación, así como su fuerza de voluntad por cumplir las normas, se lo permite. Pero una cosa es participar y otra cosa muy distinta es aprender y como consecuencia cambiar hacia un comportamiento prosocial. Al igual que, en términos generales, el medio penitenciario no favorece la mejora de la dolencia en enfermos mentales, tampoco lo hace con los psicópatas. De hecho, en los resultados obtenidos sobre la investigación que realizaron los autores Pereira, Novo y Arce (IX Congreso (Inter)Nacional de Psicología Jurídica y Forense, 2016. Madrid), la psicopatía no se relaciona con la adaptación a la prisión como consecuencia de la ausencia de un contexto social normalizado, así como, del conjunto de normas a las que están sujetos los internos.

5. CONCLUSIONES

Para cerrar este trabajo, a continuación, se van a exponer las conclusiones extraídas tras la indagación de los distintos objetivos e hipótesis de investigación y del tema principal objeto de estudio.

En primer lugar, debemos tener en cuenta que el hecho de que una persona padezca un TMG no supone necesariamente la anulación completa de su capacidad volitiva e intelectual. La concurrencia de una anomalía o alteración psíquica, entendida como una de las circunstancias eximentes de responsabilidad contempladas en nuestro Código Penal entre otras, puede variar en función del grado de perturbación de dichas facultades. Podemos encontrarnos ante tres situaciones distintas en donde la persona a pesar de sufrir un TMG, puede ser considerada o bien, imputable, cuando se considera que la persona a despecho de sufrir un TMG es culpable y responsable penalmente de los comisión de los hechos delictivos; o bien inimputable, cuando se considera que dichas competencias están completamente anuladas en el momento en el que la persona a cometido el acto ilícito por ley (eximente completa); o bien siminimputable, es decir, cuando se considera que dichas capacidades no se encuentran completamente anuladas, pero sin embargo, han incidido en la comisión de los actos delictivos (eximente incompleta). Por tanto, no podemos generalizar que el sufrimiento de un trastorno psiquiátrico grave suponga la incapacidad de la persona para comprender la naturaleza y las consecuencias de sus acciones o para actuar de acuerdo con esa comprensión. Por ello, podría considerarse relevante el desempeño de los profesionales peritos forenses, los cuales deben presentar ante los tribunales enjuiciadores las pruebas oportunas, especialmente las relativas al TMG que padezca la persona, para poder valorar y decidir judicialmente la situación determinante de la persona enjuiciada.

En segundo lugar y como hemos podido valorar a lo largo de estudio, el ingreso en prisión de una persona que sufre un TMG provoca un empeoramiento de su proceso mental, o desde luego, no ayuda a mejorarlo por varias razones. Por un lado, las condiciones de vida y las características penitenciarias pueden llegar a ser estresantes, peligrosas y desconcertantes para una persona con TMG. Muchas veces, no se tiene en cuenta su estado mental y estos internos tienen que entender y asumir la compleja organización de la vida dentro del establecimiento penitenciario. Tienen que convivir con la estigmatización y el aislamiento social, pudiendo llegar a producirse autolesiones como consecuencia de la despersonalización del interno. El acceso al tratamiento médico y psicológico en prisión puede ser limitado o inadecuado, lo que puede dificultar la atención y el tratamiento farmacológico que en la mayoría de los casos requieren las personas encarceladas con TMG, pudiéndose llegar a ocasionar el conocido fenómeno de la “puerta giratoria”. Además, debemos tener en cuenta que en gran parte los presos se caracterizan por la acumulación de ciertos factores de riesgo, tales como la baja autoestima, el rechazo social y familiar, la dificultad para resolver conflictos, así como, problemas laborales o económicos personales que, en su conjunto, provocan el aumento de la desesperanza en la persona y en efecto, un empeoramiento de su proceso mental. No debemos olvidar tampoco que muchas veces el trastorno mental es desarrollado mientras la persona se encuentra cumpliendo condena en el centro penitenciario, pues se trata de una población vulnerable a padecer patologías mentales. Así pues, se hace palpable que el ambiente penitenciario no favorece a ningún individuo, pero sobre todo no contribuye a la estabilización de aquellos que padecen un TMG.

Siguiendo el hilo del anterior párrafo, desafortunadamente, hoy en día, los internos con TMG pueden llegar a sufrir situaciones de abandono, desprotección y negligencia. Así pues, la defensa de los derechos humanos y la lucha por la humanización de los centros penitenciarios es algo fundamental y sumamente necesario. Es por eso por lo que creo que merecen especial mención tanto Victoria Kent como Concepción Arenal. Ambas, fueron pioneras en la defensa de los derechos humanos y lucharon por la dignidad de los internos, incluyendo a aquellos con TMG. Además, trabajaron por mejorar sus condiciones de vida en los centros penitenciarios, impulsaron la reforma penitenciaria y se esforzaron para fomentar la humanización de los centros, abogando por el tratamiento humano y digno de los internos.

En tercer lugar, como hemos venido mencionando a lo largo del trabajo, el sistema penitenciario español está orientado a la reeducación y reinserción social de los penados mediante el tratamiento penitenciario. En general, las personas que padecen un trastorno mental grave y están cumpliendo una medida de seguridad o una pena de prisión en un centro penitenciario reciben un tratamiento distinto al resto de internos. A priori, todo interno está sujeto a su Programa Individual de Tratamiento en donde se recogen las actividades que deberá desarrollar durante su estancia en prisión, así como el tipo de atención médico-biológica (psiquiatría, psicología, pedagogía, terapéutica y social) que requiera la persona en función de su personalidad. De esta forma, es evidente que las personas con TMG necesitan de una atención especializada y un enfoque de tratamiento diferente. Por ello, además de recibir un tratamiento farmacológico para ayudar a controlar sus síntomas y evitar posibles brotes, disponen de programas especializados (Programa PAIEM, Programa Puente Extendido y Programa de Mediación Social), que varían en función de la medida judicial impuesta. A pesar de las diferencias tratamentales de las personas que padecen un TMG, es importante destacar que todavía queda mucho por hacer para garantizar que estos individuos reciban un tratamiento adecuado y justo en función de cada caso en los centros penitenciarios y en la sociedad en general. Pues es también de responsabilidad comunitaria la derivación del interno a un recurso socio asistencial tras su cumplimiento de condena y vuelta a la libertad.

En cuarto lugar, es cierto que los reclusos con TMG que se encuentran en una prisión de cumplimiento ordinario no disfrutan de los mismos beneficios terapéuticos de aquellos que están internos en un Hospital Psiquiátrico Penitenciario. En unos de los capítulos del trabajo, hemos podido aludir que actualmente nuestro país cuenta con dos HPP, uno en Sevilla y otro en Alicante. En ellos, los pacientes internos tienen acceso a una cartera de servicios médicos especializados en el tratamiento específico de cada enfermo mental. Se trata pues de una atención mucho más individualizada y personalizada que en las prisiones tipo.

Haciendo un trabajo de introspección, los HPP cuentan con un diseño y una estructura totalmente terapéutica y adaptada a las personas con TMG, con actividades, terapias y programas de rehabilitación, así como, con un régimen de salidas terapéuticas como es el caso del HPP de Alicante. A diferencia de las prisiones ordinarias, los internos con TMG, aunque puedan recibir un tratamiento diferente al resto de reclusos, reciben de forma generalizada un tratamiento algo más carcelario. Por otro lado, los profesionales que están al mando de los internos en los Hospitales son especializados en el tratamiento de trastornos mentales graves. Actualmente, no dejamos de oír noticias sobre la escasez de personal, especialmente sanitario en los centros penitenciarios. Pero es que, además, las prisiones ordinarias apenas cuentan con un médico experto en psiquiatría. Por otro lado, como hemos venido mencionando, los pacientes internos en uno de los dos HPP suelen permanecer en tratamiento durante más tiempo que los penados que se encuentran en un centro penitenciario, lo que puede dificultar en estos últimos su recuperación y rehabilitación. En definitiva y frente la importancia de la igualdad de trato, es importante seguir trabajando para que toda persona que padezca una enfermedad mental grave, independientemente del tipo de establecimiento en la que se encuentre, reciba un tratamiento adecuado a su personalidad y patología mental.

En gran parte, el problema sobre la diferencia de tratamiento entre ambos establecimientos es fruto de la sobreocupación crónica de los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios. Contrastando los datos estadísticos encontrados en el informe elaborado por Instituciones Penitenciarias, existe un elevado número de población penitenciaria con TMG en los centros penitenciarios de cumplimiento ordinario, como consecuencia del hacinamiento de estos dos Hospitales. En algunos casos, la sobrepoblación puede ser el resultado de políticas criminales y de salud mental que enfatizan la encarcelación en lugar de la atención médica y la rehabilitación. Así pues, puede ser necesario un cambio en las políticas y estrategias de atención para abordar adecuadamente las necesidades de las personas con trastornos mentales en el sistema penitenciario. Pero, por otro lado, otro de los factores que empeora la recuperación terapéutica de los internos es la separación y el distanciamiento sociofamiliar que, en muchas ocasiones, están expuestos los internos como consecuencia de la escasez de establecimientos psiquiátricos penitenciarios. En resumen, la

sobrepoblación crónica en los hospitales psiquiátricos penitenciarios es un problema importante que puede tener consecuencias graves para los pacientes, el personal y la sociedad en su conjunto. Deben tomarse medidas para abordar esta situación y mejorar la calidad de la atención y el tratamiento para las personas con trastornos mentales en el sistema penitenciario.

Para ir cerrando este último capítulo, como última hipótesis objeto de nuestra investigación, los estudios penitenciarios sugieren que hay un porcentaje elevado de reclusos con rasgos psicopáticos, entorno al 30% de la población penitenciaria. Ello se debe a que la mayoría son declarados culpables de su conducta delictiva ya que no presentan demencias a efectos penales, pero no se tiene en cuenta que lo que les obstaculiza a infringir la ley es precisamente el trastorno mental que padecen.

Al mismo tiempo, existen muchas controversias sobre la inclusión de la psicopatía como trastorno mental, pues hasta ahora no está recogida en ninguna clasificación internacional de la enfermedad mental. No obstante, puede entenderse como un subgrupo del Trastorno Antisocial de la Personalidad, con síntomas y rasgos en común. Por su parte, los rasgos psicopáticos se caracterizan por una personalidad antisocial y un conjunto de comportamientos que incluyen la falta de empatía, la ausencia de culpa y una fuerte manipulación e impulsividad. A pesar de todo ello, es muy importante tener en cuenta que la presencia de rasgos psicopáticos no significa necesariamente que la persona padezca un trastorno mental, ni tampoco que el psicópata sea considerado siempre un criminal. Aunque sí que es verdad que la persona que sufre de psicopatía es más vulnerable y propensa a cometer actos delictivos.

Para poder medir todos estos rasgos del trastorno psicópata, se han desarrollado varias herramientas y métodos de evaluación. No obstante, como se ha hecho mención en este trabajo, el más utilizado en la actualidad es el instrumento elaborado por el profesor Robert D. Hare, en los años 80, conocido como PCL-R de Hare.

Tras identificar la personalidad psicopática, el tratamiento no es muy distinto al del resto de reclusos con trastorno mental grave. Independientemente de las distintas modalidades de tratamiento existentes para diagnósticos psicopáticos, es importante gestionar la reducción

del riesgo de reincidencia que tienen, pues en ocasiones el tratamiento no solo tiene incidencia sobre la conducta delictiva de los psicópatas, sino que, puede tener un efecto contrario.

Supone todo esto un ejemplo para reivindicar la importancia del tratamiento de las personas con trastorno mental grave en el mundo penitenciario, siendo estas mayoritarias en este sistema. Con todo ello, puede considerarse hasta normal que cuando la persona se encuentra en el momento de reinsertarse de nuevo en la sociedad, no tenga las herramientas suficientes y adecuadas para poder afrontar de nuevo su vida, llevando consigo además el padecimiento de su TMG. La relación entre la psiquiatría y el derecho penal es crucial en este sentido, siendo la psiquiatría forense la que se encarga de aplicar los principios y conocimientos de la psiquiatría en el ámbito del derecho penal.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón Bravo, Jesús, 1978. El tratamiento penitenciario. Estudios Penales y Criminológicos. Universidad de Santiago de Compostela, ISSN 1137-7550, Nº. 2, págs. 13-42.
- Alejandro Bravo, O. (2015). Las prisiones de la locura. La locura de las prisiones. Editorial Grupo 5.
- Arévalo, L. F. (2006). Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios y actividad penitenciaria. *Revista de Estudios Penitenciarios*, 249.
- Associació Àmbit, 2003.
- Asociación Arrats, 1999.
- Bobes García, Julio; Martínez Cordero, Andrés (2001). Asistencia psiquiátrica en los centros penitenciarios españoles. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 3, 3.
- Borrell i Carrió, F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Med Clin*, 119(5), 175-179.
- Camacho Brindis, M. (s.f.). Psiquiatría y Prisión. Crónicas extranjeras.
- Céspedes, E. N., & Garavito, G. E. (2022). *Con-ciencia criminal: criminología, psicología jurídica y perfilación criminal*. Editorial El Manual Moderno.
- Código Penal (CP). Ley Orgánica 10 de 1995. 23 de noviembre de 1995 (España).

- Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978, núm. 311, pp. 29313 a 29424.
- Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano del 26 de agosto del 1789.
- De la sala Porta, Fernando (2013). *El tratamiento penitenciario de los delincuentes psicópatas*, Ed. Ministerio del Interior- Secretaría General Técnica, Madrid.
- Favril, L., Indig, D., Gear, C. *et al.*, (2020). Mental disorders and risk of suicide attempt in prisoners. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* **55**, 1145–1155.
- Fundación Manantial, 1995.
- García Auñón, E. (2018). *La psicopatía. Responsabilidad penal y penitenciaria*. Máster Universitario en acceso a la profesión de abogado. TFM. Universidad de Alcalá. Recuperado el 14 de marzo en <https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/33485/TFM%20Eva%20Garc%20C3%ADa%20Auñón.pdf?sequence=1>
- Garrido Genovés, V. (2002). El tratamiento del psicópata. *Psicothema (Oviedo)*, 181-189.
- Gaviria Valencia, J. E. (2016). *Tratamiento y prevención del Trastorno de personalidad antisocial: Una Revisión*. Máster en psicología. Institución universitaria de Envigado Facultad de ciencias humanas. Recuperado el 14 de marzo en <https://bibliotecadigital.iue.edu.co/jspui/bitstream/20.500.12717/861/1/CD3393.pdf>
- Gómez Jara, M. (2008). Trastorno Psiquiátricos y Derecho (Responsabilidad penal, internamientos, incapacidades, etc.). Atelier.
- Hare, R. D. (1993). *Without conscience: The disturbing world of the psychopaths among us*. New York: Pocket Books.
- Hava García E. (2021). Enfermedad mental y prisión: análisis de la situación penal y penitenciaria de las personas con trastorno mental grave (TMG). *Estudios Penales y Criminológicos*, *XLI*, 59-135.
- Ibáñez Roig, A; Pedrosa Bou A. (2018). El papel de las familias en la reinserción de las personas que salen de la prisión. Generalitat de Catalunya. Centre d'estudis jurídics i formació especialitzada. Visto en: https://ddd.uab.cat/pub/worpaper/2018/191957/paperFamiliesReinsercio_SPA.pdf

- IMSERSO, (2007). Modelo de Atención a las personas con enfermedad mental grave. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad.
- Knapp Martin, McDaid David, Mossialos Elias & Thornicroft Graham (2007). Salud Mental en Europa: políticas y prácticas. Líneas futuras en salud mental. Observatorio del Sistema Nacional de Salud de la Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1-489.
- Loinaz, I (2017). Manual de evaluación del riesgo de violencia. Metodología y ámbitos de aplicación. Ediciones Pirámide.
- Lutenberg, J. M. (2010). La psicopatía primaria y secundaria. (El acting out y el desesperado invisible). *Intercambios, papeles de psicoanálisis/Intercanvis, papers de psicoanàlisi*, (24), 73-82.
- Marcelino López, Margarita Laviana, Francisco Javier Saavedra y Andrés López (2021). Problemas de salud mental en población penitenciaria. Un enfoque de salud pública. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 41, nº 140.
- Martínez Díaz, T. (2015). *Psicopatía, violencia y trayectoria delictiva: análisis de su interacción en muestras penitenciarias*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología. Recuperado el 14 de marzo en <https://eprints.ucm.es/id/eprint/33701/1/T36560.pdf>
- Martínez Esteban C., Garrido Genovés V., Sánchez Meca J. (1996). Cuando la emoción es un problema: Un estudio meta-analítico de la eficacia de los tratamientos con sujetos diagnosticados como psicópatas. *Ansiedad y estrés*, Vol. 2 (1), 55-68.
- Martínez López, J Nicolás. Psicopatía (2010) ¿Cuál es el origen del mal? *Revista El Residente. Instituto Nacional de Psiquiatría*, Vol. 1, 14-18.
- Ministerio del Interior, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2011.
- Montero Pérez de Tudela, E. (2018). La reeducación y la reinserción social en prisión: el tratamiento en el medio penitenciario español. *Revista de Estudios Socioeducativos*, 7, 227-249.
- Mora Urruela, A. (2005). Hacia un nuevo modelo de cooperación entre el Derecho penal y la Psiquiatría en el marco del enjuiciamiento de la inimputabilidad en virtud

de la eximente de anomalía o alteración psíquica. Aspectos materiales y formales. *CUADERNOS POLITICA CRIMINAL*, 86, 241-256.

- Negrodo, Melis & Herrero, 2010. Factores de riesgo de la conducta suicidia en internos con trastorno mental grave. Ministerio del Interior. Secretaría General Técnica, pp. 27-84.
- Norza Céspedes E. & Egea Garavito G. (2014). Con-ciencia criminal. Criminología, psicología jurídica y perfilación criminal. Manual Moderno.
- PAIEM (2013). Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios. Diciembre 2013. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Ministerio del Interior.
- Pallarés Neila J., Y Utrera Canalejo I. (2022). Salud mental y prisión, difícil encaje. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 42(141), 207-213.
- Pereira, A; Novo, M; Arce, R. La vida en prisión: psicopatía, estatus externo y adaptación. IX Congreso (Inter)Nacional de Psicología Jurídica y Forense. Madrid, 2016.
- Pérez Sánchez B. (2014). Estudio de una muestra penitenciaria española y latinoamericana de la realidad de la psicopatía en prisión. Tesis Doctoral, Universidad de Oviedo. Consultado el 3 de febrero en <http://hdl.handle.net/10651/29236>.
- Pozueco, José M. (2011). “Psicopatía, violencia y criminalidad: un análisis psicológico- forense, psiquiátrico- legal y criminológico (Parte I)”, *Cuadernos de Medicina Forense*, Vol 17, 23-136.
- Pozueco Romero JM, Romero Guillena SL. y Casas Barquero N. (2011). Psicopatía, violencia y criminalidad: un análisis psicológico-forense, psiquiátrico-legal y criminológico (Parte II). *Cuaderno de Medicina Forense*, Vol. 17 (4), 175-192.
- Programa Puente de Mediación Social en Enfermedad Mental para Centros de Inserción Social. Mayo 2014. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Ministerio del Interior.
- Programa Puente Extendido. Penas y Medidas Alternativas. Febrero 2020. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Ministerio del Interior.
- Programa Integra. Diciembre 2007. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.

- Real Academia Española. (s.f.). Intervalo Lúcido. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 8 de octubre de 2022, de <https://dpej.rae.es/lema/intervalo-lucido>.
- 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. Boletín Oficial del Estado, de 17 de enero del 2023. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2011/06/17/840>
- Real Decreto Legislativo 840/2011, de 17 de junio, por el que se establecen las circunstancias de ejecución de las penas de trabajo en beneficio de la comunidad y la localización permanente en centro penitenciario, de determinadas medidas de seguridad, así como de la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad y sustitución de penas. Boletín Oficial del Estado, de 17 de enero del 2023. <https://www.boe.es/eli/es/rd/2011/06/17/840>.
- Sanz-García A., Gesteira C., Sanz J. and García-Vera M.P. (2021). Prevalence of Psychopathy in the General Adult Population: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, Vol. 12, 2-14.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Hospitales Psiquiátricos Dependientes de la Administración Penitenciaria. Propuesta de Acción. 2011.
- Soto, J. E. (2021). Psicopatía primaria y secundaria, una aproximación neuropsicológica. *Psicopatía primaria y secundaria, una aproximación neuropsicológica*, 233-248.
- Ortega Aladrén O. (2012). ¿Existe todavía la puerta giratoria en Psiquiatría? Estudio de reingresos en una unidad de corta estancia. TFM, Universidad de Zaragoza. Consultado el 3 de octubre en <https://zaguan.unizar.es/record/8593/files/TAZ-TFM-2012-610.pdf>.
- Vicens E, Tort V, Dueñas R, et al. (2011). Informe prevalencia de trastornos mentales en centros penitenciarios españoles (ESTUDIO PRECA).
- Wills, T. A.; Shinar, O. (2000). Measuring Perceived and Received Social Support. A: Sheldon Cohen; Lynn G. Underwood; Benjamin H. Gottlieb (eds.) *Social Support Measurement and Intervention: A Guide for Health and Social Scientists*. Oxford: Oxford University Press, 86-135.

- Zabala Baños, C. (2016). Prevalencia de trastornos mentales en prisión: Análisis de la relación con delitos y reincidencia. Ministerio del Interior – Secretaría General Técnica.