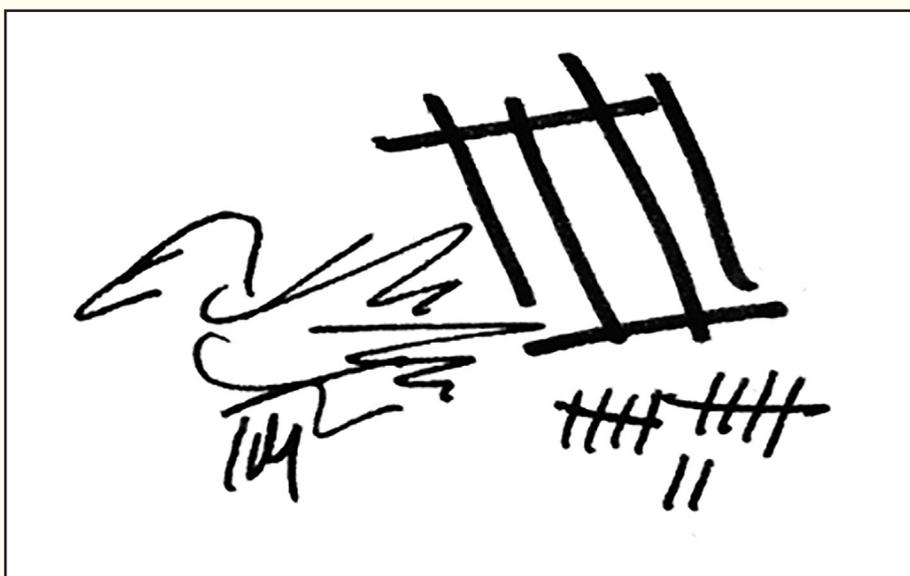


*Asociación Española
de Neuropsiquiatría*

*Salud Mental, Derechos
y Sistema Penal-Penitenciario*



*Salud Mental, Derechos
y Sistema Penal-Penitenciario*



SUMARIO

Atención a la salud mental en prisión

Dos décadas de historia del Grupo de trabajo sobre Salud Mental en Prisión de la AEN GRUPO DE TRABAJO SALUD MENTAL EN PRISIÓN DE LA AEN (SAMP AEN)	7
El tratamiento de las personas con problemas de salud mental en la normativa penal y penitenciaria. Reflexiones y propuestas PATRICIA CUENCA GÓMEZ	9
Trastornos del límite, un reto para los equipos técnicos penitenciarios: el derecho a la salud integral de las personas privadas de libertad ANA GORDALIZA, IÑAKI MARKEZ	27
Género y adicciones en el medio penitenciario IÑAKI MARKEZ, ENRIQUE PÉREZ, VIRGINIA PAREJA	37
Suicidios en prisión: algunas tareas pendientes IÑAKI MARKEZ, ANA GORDALIZA, PILAR CASAUS	55
Salud mental y prisión, difícil encaje JAVIER PALLARÉS NEILA, ISABEL UTRERA CANALEJO	75
Medidas de seguridad, una reflexión desde la práctica clínica INÉS MORÁN-SÁNCHEZ, SILVESTRE MARTÍNEZ BENÍTEZ	83
La pena y la cura. Servicios de salud mental en Italia después del cierre de los hospitales psiquiátricos judiciales ROBERTO MEZZINA	95
Alternativas al encarcelamiento de las personas con problemas de salud mental: experiencias internacionales ENRIQUE PÉREZ MARTÍNEZ, MARIANO HERNÁNDEZ MONSALVE	119
Problemas de salud mental en población penitenciaria. Un enfoque de salud pública MARCELINO LÓPEZ, MARGARITA LAVIANA, FRANCISCO JAVIER SAAVEDRA, ANDRÉS LÓPEZ	137

TABLE OF CONTENTS

Mental health care in prison

Two decades of history of the AEN Working group on Mental Health in Prison GRUPO DE TRABAJO SALUD MENTAL EN PRISIÓN DE LA AEN (SAMP AEN)	7
The treatment of people with mental health problems in criminal and penitentiary regulations. Reflections and proposals PATRICIA CUENCA GÓMEZ	9
Boundary disorders, a challenge for prison technical teams: The right to comprehensive health of persons deprived of liberty ANA GORDALIZA, IÑAKI MARKEZ	27
Gender and addictions in prison IÑAKI MARKEZ, ENRIQUE PÉREZ, VIRGINIA PAREJA	37
Suicides in prison: some pending tasks IÑAKI MARKEZ, ANA GORDALIZA, PILAR CASAUS	55
Mental health and prison, a difficult fit JAVIER PALLARÉS NEILA, ISABEL UTRERA CANALEJO	75
Compulsory treatment orders, a reflection from a clinical perspective INÉS MORÁN-SÁNCHEZ, SILVESTRE MARTÍNEZ BENÍTEZ	83
Penal conviction and treatment. Mental health services in Italy after the closure of forensic hospitals ROBERTO MEZZINA	95
Alternatives to incarceration for people with mental health problems: international experiences ENRIQUE PÉREZ MARTÍNEZ, MARIANO HERNÁNDEZ MONSALVE	119
Mental health problems in prison population. A public health approach MARCELINO LÓPEZ, MARGARITA LAVIANA, FRANCISCO JAVIER SAAVEDRA, ANDRÉS LÓPEZ	137

Dos décadas de historia del Grupo de trabajo sobre Salud Mental en Prisión de la AEN

Two decades of history of the AEN Working group on Mental Health in Prison

GRUPO DE TRABAJO SALUD MENTAL EN PRISIÓN DE LA AEN (SAMPAEN)¹

ESTE GRUPO DE SALUD MENTAL EN PRISIÓN conecta con una larga tradición de la AEN de ocuparse de los aspectos éticos, clínico-asistenciales, legislativos y jurídicos que atañen a la población de pacientes que, por haber incurrido en conductas delictivas, se hallan bajo los efectos de la aplicación del Código Penal, con su doble condición de “penados” y “con enfermedad mental”. Una tradición recogida y desarrollada por la Comisión de Legislación de la AEN en los años 80 y 90. Este grupo de trabajo tuvo su antecedente más inmediato en la ponencia propuesta y aprobada en el Congreso de la AEN de Santiago de Compostela del año 2000, publicada y presentada en el Congreso de 2003 en Oviedo –“La atención a la salud mental de la población reclusa”–, coordinada por Rafael Herrera y Mariano Hernández Monsalve.

Esta ponencia despertó interés dentro y fuera de la AEN. Muy pronto se interesaron desde la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP). Además, coincidía que esa Sociedad, por su parte, estaba intentando organizar grupos de trabajo específicos sobre VIH y sobre salud mental, por ser dos de los principales problemas que despertaban más interés entre los médicos de la Sanidad Penitenciaria debido a las carencias en su capacitación en esos terrenos. Comenzamos a reunirnos varios representantes de la SESP y de la AEN y acordamos constituir un grupo de trabajo conjunto, el Grupo de Salud Mental AEN-SESP, precedente del que poco después se llamaría Grupo de Salud Mental en Prisiones (GSMP), con algunos objetivos: 1) Acordar cuáles eran los temas prioritarios a analizar en la protección de la salud mental de los reclusos; 2) El grupo de trabajo mixto AEN-SESP se ocuparía de estudiar los

¹ Miembros de Sampaen en la actualidad: Pilar Casaus, María Fuster, Marcos Gómez, Ana Goraliza, Mariano Hernández, José Manuel López Santín, Iñaki Markez, Virginia Pareja, Enrique Pérez, Ezequiel Pérez, Leonardo Santamaría.

problemas que el grupo considerase más importantes para la mejora de la calidad asistencial en materia de salud mental en las prisiones.

El GSMP, con encuentros periódicos cada varios meses, tenía su labor fundamental en la elaboración y debate de documentos de trabajo presentados con anterioridad. De ese modo se editaron varios artículos en revistas de la AEN y de la SESP; tres libros: *Manejo de patología dual en prisión* (2006), *Atención primaria de la salud mental en prisión* (2011) y *Atención y tratamientos en prisión por el uso de drogas* (2012); y otros documentos y proyectos de investigación sobre *detección y manejo de casos de enfermedad mental grave en reclusos* o sobre *epidemiología de trastornos mentales en reclusos*; así como informes como el realizado sobre la situación del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante o visitas, en diferentes momentos, a los hospitales psiquiátricos penitenciarios de Sevilla y de Brians con el ánimo de recabar información y conocer de primera mano sus respectivas realidades.

EL GRUPO DE SALUD MENTAL EN PRISIÓN DE LA AEN (SAMP AEN)

En las Jornadas de la Sección de Derechos Humanos de la AEN celebradas en Gandía en septiembre de 2009, se reactivó el grupo de trabajo propiamente de la Asociación, que se incluía en la recientemente creada sección. Desde entonces y hasta 2013, se fueron uniendo más personas al grupo procedentes de distintos ámbitos profesionales y geográficos, incluyendo profesionales de la psiquiatría, la psicología, la terapia ocupacional y el derecho penal. Al tiempo se impulsó la presencia en diferentes eventos sobre la atención a la salud mental en prisión. También se decidió contactar con el Tercer Sector, así como establecer lazos con otros grupos para fomentar la participación y debate de los aspectos más delicados en el medio penitenciario.

Tras casi cuatro años de escasas iniciativas, este grupo de trabajo de la AEN se revitalizó de nuevo en 2019. A pesar de las limitaciones y dificultades de los dos largos años de pandemia, ha mantenido notoria actividad de debate y elaboración con varios artículos para revistas científicas y de colectivos sociales, una guía sobre “Medidas urgentes en los Centros Penitenciarios durante esta pandemia de coronavirus”, participaciones presenciales y *online* en varias jornadas, colaboraciones en algunos manifiestos críticos, algunas pequeñas asesorías... y, ahora, este dossier para la *Revista de la AEN*.

Hay un campo de actuación extenso para quienes deseen intervenir en el ámbito penitenciario dadas las muchas limitaciones y necesidades existentes: necesidades sociales y sanitarias, de organización y formación, propias de las instituciones públicas o desde el movimiento asociativo, desde los profesionales integrados en los centros penitenciarios o desde la ciudadanía dispuesta a colaborar para que este medio tan estigmatizado realmente pueda ser un recurso de rehabilitación e inserción.

El tratamiento de las personas con problemas de salud mental en la normativa penal y penitenciaria. Reflexiones y propuestas

The treatment of people with mental health problems in criminal and penitentiary regulations. Reflections and proposals¹

PATRICIA CUENCA GÓMEZ

Profesora Titular, Instituto de Derechos Humanos Gregorio Peces-Barba y Departamento de Derecho Internacional Público, Derecho Eclesiástico y Filosofía del Derecho, Universidad Carlos III de Madrid.

Correspondencia: pcuenca@der-pu.uc3m.es

Recibido: 22/03/2022; aceptado: 03/05/2022

Resumen: El presente trabajo analiza el tratamiento que la normativa penal y penitenciaria española ofrece a las personas con problemas de salud mental (o con discapacidad psicosocial) que son acusadas de un delito y entran en contacto con el medio penitenciario. El análisis revela que este colectivo es víctima de una discriminación y un maltrato institucional cuya erradicación exige cambios relevantes en la legislación, las políticas públicas y la mentalidad social, a la luz de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Estos cambios se orientan a cuatro objetivos básicos: 1) evitar situaciones de desatención que aboquen a las personas con problemas de salud mental a entrar en el ciclo delictivo; 2) potenciar su desviación del medio penitenciario hacia respuestas más resocializadoras; 3) garantizar que quienes entren en prisión puedan ejercer sus derechos en igualdad de condiciones que todas las personas internas; 4) erradicar pre-

¹ Este trabajo se ha desarrollado en el marco del proyecto “Acceso a la justicia y vulnerabilidad”, financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación, PID2019-108018GB-I00.

juicios y estereotipos promoviendo la formación de profesionales y la toma de conciencia por parte de la sociedad de la situación de desventaja de este colectivo.

Palabras clave: discapacidad psicosocial, salud mental, normativa penal y penitenciaria, prisiones, medidas de seguridad.

Abstract: This paper analyzes the treatment that Spanish penal and penitentiary regulations offer to people with mental health problems (or with psychosocial disabilities) who are accused of a crime and come into contact with the penitentiary environment. The analysis reveals that this group is the victim of discrimination and institutional abuse, whose eradication requires significant changes in legislation, public policies and social mentality, in the light of the International Convention on the Rights of Persons with Disabilities. These changes are aimed at four basic objectives: 1) to avoid situations of neglect that lead people with mental health problems to enter the criminal cycle; 2) to enhance their diversion from the prison environment towards more resocializing responses; 3) to ensure that those who have to enter prison can exercise their rights on an equal basis with other inmates; 4) to eradicate prejudices and stereotypes by promoting the training of professionals and raising the awareness of society regarding the situation of disadvantage in this group.

Key words: psychosocial disability, mental health, criminal and penitentiary legislation, prisons, security measures.

INTRODUCCIÓN

EN ESPAÑA, AL IGUAL QUE SUCEDE EN OTROS MUCHOS PAÍSES, las personas con problemas de salud mental (o discapacidad psicosocial) están sobrerrepresentadas en el medio penitenciario. El Informe del Grupo PRECA, “Prevalencia de trastornos mentales en centros penitenciarios españoles” (Estudio PRECA), realizado en 2011, indica que la prevalencia de la patología psiquiátrica entre la población reclusa española es 5 veces superior a la de la población general, arrojando datos alarmantes: 8 de cada 10 personas presas han sufrido a lo largo de su vida algún trastorno mental (1).

En esta realidad influyen, sin duda, factores relacionados con la situación de vulnerabilidad y de exclusión que padecen las personas con problemas de salud mental en las distintas esferas de la vida social, que aumentan dramáticamente sus posibilidades de entrar en el ciclo delictivo (2) –tanto por los superiores niveles de pobreza que soportan (3) como por las carencias de los sistemas, dispositivos y redes de protección social, asistenciales y de carácter sociosanitario–; pero también inciden variables conectadas con el diseño y riesgo del propio proceso penal, que no

garantiza la adecuada identificación y valoración de las situaciones de discapacidad psicosocial (4), y con la escasez de recursos y la ausencia de mecanismos eficaces de coordinación interinstitucional que favorezcan la aplicación de respuestas alternativas a la privación de libertad o la desviación del medio penitenciario, particularmente pertinentes en algunas circunstancias.

Desde hace algunos años, como consecuencia del impulso de distintas instituciones y de diversas iniciativas políticas, la Administración Penitenciaria ha venido mostrando una creciente sensibilidad hacia la situación de las personas con discapacidad –en especial con discapacidad intelectual y psicosocial– en el medio penitenciario. En lo que respecta al colectivo abordado en el presente trabajo² (5), destaca la realización del “Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario”, publicado en el año 2007³ (6); la adopción en 2009 del Programa de Atención Integral a las Personas con Enfermedad Mental (PAIEM) –renovado en 2013 (7) y complementado en el año 2014 con un Programa Puesto de Mediación Social en los CIS (8)– o la creación de diversos grupos de trabajo⁴ (9).

La sensibilidad de Instituciones Penitenciarias hacia las personas con discapacidad se ha reflejado también en la celebración de convenios con asociaciones del sector que han desarrollado programas de intervención, entre los que cabe destacar, por su carácter pionero y su consolidación, el desarrollado por Plena Inclusión en relación con las personas presas con discapacidad intelectual y el puesto en marcha por Salud Mental España en relación con las personas con discapacidad psicosocial⁵ (10,11).

² En relación con otros colectivos destaca la aprobación de un Programa de Intervención para Personas con Discapacidad en el año 2006, centrado en la atención a las personas internas con discapacidad intelectual Disponible como Documento penitenciario nº. 5 en <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/Reeducacion/ProgramasEspecificos/discapitados.html> (última consulta 14 de marzo de 2022). Además, en 2018 se aprobó un Protocolo de Actuación para Personas con Discapacidad en el Medio Penitenciario, que incluye todos los tipos de discapacidad, a excepción de la discapacidad psicosocial, que continúa abordándose a través del PAIEM. Disponible en <http://www.plenainclusion.org/informate/publicaciones/protocolo-de-actuacion-para-personas-con-discapacidad-en-el-medio> (última consulta 14 de marzo de 2022).

³ Este estudio, basado en una revisión de diagnósticos psiquiátricos recogidos en las historias clínicas de las personas internas, indicaba que la prevalencia de padecer trastorno mental entre la población reclusa era del 45,9%.

⁴ En 2011 la Coordinación de Sanidad Penitenciaria puso en marcha grupos de trabajo para desarrollar distintas tareas impulsadas por la Estrategia de Salud Mental del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, referidas a las personas con enfermedad mental sometidas a penas y medidas de seguridad. Como consecuencia de esta actuación se elaboró el Documento de Consenso de las Comisiones de Análisis de Casos de Personas con Enfermedad Mental sometidas a Penas y Medidas de Seguridad, 2014, disponible en <https://consaludmental.org/centro-documentacion/documento-de-consenso-de-las-comisiones-de-analisis-de-casos-de-personas-con-enfermedad-mental-sometidas-a-penas-y-medidas-de-seguridad-22067/> (última consulta 14 de marzo de 2022).

⁵ Se trata del programa de “Apoyo a la rehabilitación de las personas con enfermedad mental internas en centros penitenciarios”, que tiene como fin la rehabilitación psiquiátrica y que se desarrolla en centros penitenciarios ordinarios, hospitales psiquiátricos penitenciarios y centros de reinserción

Si bien estas actuaciones merecen una valoración positiva, la situación de las personas con discapacidad en general, y de las personas con problemas de salud mental en particular, en el medio penitenciario en España continúa siendo muy preocupante. Por esta razón, se considera urgente acometer la revisión de la normativa penal y penitenciaria española para su adaptación a las exigencias que se derivan del marco de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante, CDPD) (12). En lo que sigue se expondrán los rasgos básicos del tratamiento de las personas con problemas de salud mental en esta normativa, abordando, además, algunos aspectos particulares relacionados con el cumplimiento material de las medidas de seguridad, y se plantearán algunas propuestas de reforma a la luz de las exigencias de la CDPD.

TRATAMIENTO GENERAL DE LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN EL MEDIO PENITENCIARIO

La Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria (LOGP) y su Reglamento (RP), aprobado por el Real Decreto 190/1996 de 9 de febrero –en consonancia con los presupuestos del modelo médico de tratamiento de la discapacidad–, contienen una regulación estandarizada de los derechos y deberes de las personas internas y de la actividad penitenciaria que desconsidera la situación y las necesidades de las personas con discapacidad y, en lo que interesa especialmente al objeto del presente trabajo, de las personas con problemas de salud mental.

La escasa sensibilidad de esta normativa en relación con las necesidades y experiencias de las personas con discapacidad en el medio penitenciario –que tampoco ha sido subsanada con carácter general en el nivel de las circulares o instrucciones sobre los diferentes aspectos de la vida en prisión– abre la puerta a la proliferación de discriminaciones indirectas en toda una serie de ámbitos. Y ello tanto por la falta de atención a las dificultades que las personas con discapacidad encuentran para cumplir algunos de los criterios establecidos en disposiciones favorables para las personas reclusas como por la falta de previsión de medidas específicas que posibiliten la efectividad real de estas previsiones y, en general, el ejercicio de los derechos en situaciones de discapacidad; y, finalmente, también, por la desconsideración de los efectos desproporcionadamente adversos que determinadas disposiciones sancionadoras, desfavorables o restrictivas de derechos, y, en ocasiones, la propia reclusión en el medio penitenciario, tienen para las personas internas con discapacidad, especialmente para las personas con discapacidad psicosocial.

social. Esta misma entidad desarrolla un programa de “Reincorporación social de las personas con enfermedad mental judicializadas” que centra su eje de actuación en el proceso de salida de la persona del medio penitenciario, facilitando su inclusión en la vida social y comunitaria.

En conexión con lo anterior, no se incorporan en la normativa penitenciaria referencias ni generales ni concretas a la accesibilidad ni a la obligación de realización de ajustes razonables o a la prestación de apoyos y asistencia. En la realidad de las cárceles españolas, la inaccesibilidad generalizada de los entornos (debido no solo a la presencia de barreras físicas, sino también a barreras en la comunicación y la información, y a la persistencia de prejuicios y estereotipos que conducen a la minusvaloración y estigmatización de las personas con discapacidad), la falta de ajustes, apoyos y asistencia, y la ausencia de formación de los profesionales que trabajan en el medio penitenciario impiden que las personas con discapacidad puedan ejercer sus derechos en igualdad de condiciones con el resto de la población reclusa, restringe su participación en las actividades cotidianas de la vida en prisión, en especial, el desarrollo de actividades laborales, formativas y ocupacionales que posibilitan la progresión al tercer grado y el acceso a beneficios penitenciarios; potencia comportamientos susceptibles de ser interpretados como faltas disciplinarias que pueden dar lugar a la aplicación de sanciones que, de nuevo, influyen negativamente en su *iter* penitenciario y aumenta el riesgo de que sean víctimas de explotación, violencia o abuso.

Además, como han puesto de relieve diferentes estudios, el modelo mixto de gestión de la sanidad penitenciaria que se establece en el RP adolece de importantes carencias, que ponen en cuestión el principio de equivalencia de cuidados y prestaciones y colocan a las personas internas en una situación de desventaja respecto al resto de la población. Esta situación de desventaja puede acarrear mayores perjuicios para las personas con discapacidad psicosocial (13). En este punto es común señalar la asistencia psiquiátrica como una de las parcelas fundamentales de la salud especialmente desatendida en el medio penitenciario (14,15) y subrayar los particulares problemas que plantea la falta de continuidad en esta asistencia una vez que las personas con discapacidad psicosocial retornan a la sociedad (16). También en este ámbito, las personas con discapacidad que están insertas en el medio penitenciario ven especialmente cuestionado su derecho a la información asistencial y a la aplicación de tratamientos médicos sobre la base de su consentimiento libre e informado, debido, de nuevo, a los problemas de accesibilidad y la ausencia de apoyos y a la aplicación de medidas coercitivas.

En todo caso, debe reconocerse que existen algunas previsiones legales y reglamentarias que, si bien no se refieren específicamente a este colectivo, pueden favorecer el tratamiento adecuado de la población reclusa con discapacidad psicosocial en el medio penitenciario (17), desde el propio principio de individualización científica, que exigiría adaptar el régimen de vida y el tratamiento penitenciario a las situaciones de discapacidad, hasta herramientas concretas que podrían potenciar sus contactos con el mundo exterior, la aplicación del régimen abierto o el

acceso a la libertad condicional⁶, pasando por la posibilidad de intervención de las asociaciones en el medio penitenciario.

Sin embargo, la adecuada operatividad del principio de individualización científica se ve obstaculizada en las situaciones de discapacidad debido a las condiciones del entorno penitenciario y directamente imposibilitada en muchos casos por la falta de identificación de dichas situaciones. Los programas de intervención de las asociaciones de personas con discapacidad no se han implantado en todos los centros y se mantienen con una financiación insuficiente, inestable y fluctuante, dependiente de convocatorias anuales (17). En el caso de las personas con discapacidad psicosocial, el programa de intervención gestionado por instituciones penitenciarias (el PAIEM) se desarrolla con recursos humanos escasos. Finalmente, a pesar de las herramientas contempladas en el RP (y en el Código Penal, cuya activación depende también de instituciones penitenciarias), las personas con discapacidad psicosocial continúan en prisión, incluso en situaciones en las que dicha discapacidad puede suponer un sufrimiento adicional, por la ausencia de medios para dotar de contenido a dichas posibilidades; por las particulares complicaciones que este colectivo encuentra para cumplir los criterios establecidos para su aplicación; por la primacía en muchos casos de los criterios de seguridad sobre los criterios tratamentales; por las dificultades para acceder a los servicios y recursos de la red sociosanitaria –relacionadas con su escasez, con la resistencia de los pocos dispositivos existentes a acoger a personas con problemas de salud mental egresadas del medio penitenciario, debido al doble estigma que padecen (16), y con la existencia de requisitos burocráticos–; y, en algunos casos, por la falta de apoyo familiar (18). Como se comprobará en el siguiente apartado, estos factores inciden también en la situación particular de las personas con discapacidad con problemas de salud mental que se encuentran en el medio penitenciario cumpliendo medidas seguridad.

⁶ Entre estas herramientas cabe mencionar el art. 117 RP, que regula la posibilidad de que personas presas clasificadas en segundo grado puedan acudir regularmente a una institución exterior para la realización de un programa; el art. 86.4. RP, que contempla la opción de que las personas internas puedan ser progresadas a tercer grado y, por tanto, disfrutar del régimen abierto, para desarrollar actividades de tratamiento y acudan al establecimiento penitenciario solo para la realización de controles presenciales o bien sean controladas mediante dispositivos telemáticos; los arts. 104.4. y 196 RP, que establecen la posibilidad de que personas internas con enfermedades muy graves, con padecimientos incurables, por razones humanitarias y de dignidad personal puedan acceder al tercer grado u obtener la libertad condicional; o el art. 165 RP, que regula las unidades dependientes, a las que se aludió con anterioridad, de nuevo para personas clasificadas en tercer grado. También el 14 art. 91 del Código Penal (CP) prevé la posibilidad de adelantamiento de la libertad condicional siempre que se hayan desarrollado actividades laborales, culturales u ocupacionales y su art. 60 se refiere a los supuestos de “trastorno mental” sobrevenido –o más bien desapercibido-. Mecanismos que permitirían la desviación de las personas con discapacidad del medio penitenciario.

Las medidas de seguridad constituyen la respuesta que nuestro sistema penal (art. 20 del Código Penal) articula en relación con aquellas personas, incluidas personas con discapacidad psicosocial, que han cometido un delito en una situación de inimputabilidad que se considera impide que puedan ser calificadas como penalmente responsables⁷.

En la actual regulación, la adopción de las medidas de seguridad es facultativa, limitándose a aquellas personas declaradas inimputables que han cometido el hecho tipificado como delito cuando “de tal hecho y de las circunstancias personales” del sujeto se pueda deducir un “pronóstico de comportamiento futuro que revele la probabilidad de comisión de nuevos delitos” (arts. 95.1 y 95.2 CP); incorpora el requisito de su proporcionalidad en relación con la gravedad del delito cometido, de tal manera que solo podrá adoptarse una medida de seguridad que conlleve privación de la libertad cuando el delito contemple, asimismo, una pena privativa de libertad y nunca por un tiempo que exceda la duración de dicha pena (arts. 6 y 95.3 CP); y regula los requisitos de revisión de la ejecución de las medidas –competencia que recae en los órganos sentenciadores a propuesta de los juzgados de vigilancia penitenciaria debidamente informados por los servicios penitenciarios–, que puede comportar su mantenimiento, cese, sustitución o suspensión (art. 97 CP).

Entre las medidas de seguridad no privativas de libertad contempladas en nuestra legislación penal, cabe mencionar, por la importancia que pueden adquirir en relación con el colectivo del que se ocupa el presente trabajo, la medida de custodia familiar⁸ (art. 96 CP) y, dentro de los contenidos de la libertad vigilada (art. 106 CP), la “obligación de participar en programas formativos, laborales, culturales, de educación sexual u otros similares” y la “obligación de seguir tratamiento médico externo, o de someterse a un control médico periódico”. Desde la reforma operada por el RD 840/2011, la Administración Penitenciaria no tiene competencias sobre

⁷ La regulación de las causas de inimputabilidad incluye dos supuestos que afectan específicamente a las personas con discapacidad psicosocial, al considerar exentos de responsabilidad criminal a quienes no pueden comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión debido a “cualquier anomalía o alteración psíquica” (apartado 1) y a quienes tienen alterada gravemente su conciencia de la realidad “por sufrir alteraciones en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia” (apartado 2). A estos supuestos se suma la denominada eximente por “intoxicación plena”, aplicable a quienes cometan el hecho delictivo en un estado de intoxicación que, de nuevo, les impida entender la ilicitud del acto cometido y actuar en consecuencia (apartado 3). Si, en vez de excluir, disminuyen la responsabilidad criminal, estas causas podrán actuar como eximentes incompletas o como atenuantes.

⁸ La persona sometida a esta medida quedará sujeta al cuidado y vigilancia del familiar que se designe y que acepte la custodia, quien la ejercerá en relación con el Juzgado de Vigilancia Penitenciaria y sin menoscabo de las actividades escolares o laborales de la persona custodiada.

el cumplimiento de estas medidas, lo que supone, en la práctica, que los órganos judiciales carecen de cualquier tipo de apoyo para la búsqueda y elección del recurso aplicable y para el seguimiento de la medida (19).

Entre las medidas de seguridad privativas de libertad, se contempla, en relación con las personas con discapacidad psicosocial, el internamiento en centro psiquiátrico, que deberá tratarse de un “establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie”⁹. Pues bien, aunque las medidas de seguridad pueden cumplirse tanto en el medio penitenciario como en recursos de la red socio-sanitaria extrapenitenciaria, públicos o privados (20), el uso de recursos de la comunidad para el cumplimiento de la medida de internamiento en centro psiquiátrico constituye una excepción.

Toda la oferta asistencial de la Administración Penitenciaria se reduce a los centros psiquiátricos regulados en el RP (arts. 183-191), que incluye entre “las formas especiales de ejecución” el ingreso en hospitales psiquiátricos penitenciarios y en unidades psiquiátricas penitenciarias. En la actualidad existen en todo el territorio nacional con competencias no transferidas dos hospitales psiquiátricos penitenciarios: en Alicante –que además es el único que cuenta con un módulo de mujeres– y en Sevilla. Hasta la fecha no se han creado las unidades psiquiátricas penitenciarias, salvo la existente en Cataluña, omisión que ha sido objeto de constante denuncia por parte de los/as jueces y juezas¹⁰ y fiscales (21) de Vigilancia Penitenciaria.

En virtud del art. 183 del RP, en estos centros y unidades pueden ser ingresadas personas “con patología psiquiátrica” para su observación de acuerdo con lo establecido en la Ley de Enjuiciamiento Criminal; personas “a las que por aplicación de las circunstancias eximentes establecidas en el Código Penal les haya sido aplicada una medida de seguridad de internamiento en centro psiquiátrico penitenciario” y personas penadas a las que “por enfermedad mental sobrevenida” –o en muchos casos desapercibida– se les haya impuesto una medida de seguridad “que deba ser cumplida en un Establecimiento o Unidad Psiquiátrica Penitenciaria”. La normativa penitenciaria incluye algunas especialidades en lo que respecta a la organización de estos centros, al régimen de vida y al tratamiento de las personas ingresadas, aplicándose en todas las cuestiones no contempladas en esta regulación específica de manera complementaria y subsidiaria el resto de las disposiciones del RP (22,23).

⁹ También se incluyen el internamiento en centro de deshabitación, señalando el art. 102 que podrá tratarse de centros públicos o privados “*debidamente*” homologados, o, en relación con las personas con discapacidad intelectual, en centro educativo especial –sin que el art. 103 realice más especificaciones al respecto.

¹⁰ Jueces de Vigilancia Penitenciaria, Criterios de actuación, conclusiones y acuerdos aprobados por los Jueces de Vigilancia Penitenciaria en sus XVIII reuniones celebradas entre 1981 y 2010 (texto refundido y depurado y actualizado a mayo de 2020), criterio 29, disponible en: <https://juristadepresiones.com/wp-content/uploads/2014/02/Criterios-actuaci%C3%B3n-JVP-actualizados-a-2010.pdf> (última consulta 14 de marzo de 2022).

En la práctica, la escasez de los recursos existentes ha determinado el ingreso de personas con discapacidad psicosocial inimputables sometidas a medidas de seguridad de internamiento en centros penitenciarios ordinarios, opción por la que en ocasiones se decantan los tribunales sentenciadores para evitar el desarraigo que supone su destino a centros o módulos especiales alejados de su entorno social y familiar¹¹.

La Administración Penitenciaria del Estado ha tratado de dar respuesta a la situación *de facto* del cumplimiento de las medidas de seguridad en centros penitenciarios ordinarios a través de la adopción de la Instrucción 19/11 sobre el cumplimiento de las medidas de seguridad competencia de la Administración Penitenciaria, que incluye hasta 22 adaptaciones que tratan de crear una situación regimental en el cumplimiento de estas medidas en los centros penitenciarios ordinarios similar a la establecida en el RP en relación con los hospitales psiquiátricos penitenciarios. Si bien puede considerarse positivo que la Instrucción 19/11 diseñe un estatuto que haga salir a las personas que cumplen medidas de seguridad en centros ordinarios del limbo jurídico en el que se encontraban, explicitando alguno de sus derechos (24), se ha continuado incidiendo en la necesidad de crear las unidades psiquiátricas penitenciarias para dar suficiente cobertura legal y adecuado abordaje asistencial (21) a esta situación en relación con la cual se entiende insuficiente la existencia del PAIEM.

Por otro lado, conviene también tener en cuenta que la legislación penal actual no contempla la posibilidad de adopción del internamiento en centro psiquiátrico como medida cautelar, lo que determina la aplicación de la prisión provisional, y, por tanto, de nuevo, el ingreso de las personas con discapacidad psicosocial presuntamente inimputables como presas preventivas en centros penitenciarios ordinarios, pese a que la sentencia vaya previsiblemente a decantarse por la aplicación de una medida de seguridad¹².

Además de las críticas específicas que ha merecido el ingreso de personas con discapacidad declaradas inimputables –o en proceso de serlo– en centros penitenciarios ordinarios, desde diversas instancias se ha venido insistiendo en la necesidad de dar preferencia en el cumplimiento de las medidas de seguridad a los servicios de la red comunitaria extrapenitenciaria –por razones relacionadas con su mayor potencial rehabilitador, asistencial y resocializador, y su menor efecto estigmatizador– frente a los recursos penitenciarios (tanto ordinarios como especializados) que se entiende deberían reservarse únicamente para los supuestos más graves en los que la red comunitaria carece de medidas de seguridad adecuadas (25). Sin embargo,

¹¹ El *RD 840/2011* omite la regulación de esta modalidad de cumplimiento que carece, además, de cualquier tipo de cobertura normativa, por lo que se ha considerado que se pone en tela de juicio la garantía ejecutiva del principio de legalidad. El CGPJ en su dictamen sobre esta norma consideró que ese cumplimiento sería contrario al principio de legalidad y disfuncional desde el punto de vista asistencial.

¹² Sí se contempla esta opción en el anteproyecto de la nueva Ley de Enjuiciamiento Criminal.

la escasez de centros apropiados en la red civil, el desconocimiento por parte de los órganos judiciales y de los/as abogados/as acerca de los (pocos) recursos existentes, la falta de receptividad de dichos recursos para acoger a personas con discapacidad psicosocial que han cometido un delito aun no siendo penalmente responsables y, de nuevo, la existencia de requisitos burocráticos (por ejemplo, la necesidad de tener oficialmente reconocida la situación de dependencia o de discapacidad para el acceso a estos recursos), entre otros factores, terminan desvirtuando la posición del recurso penitenciario como “*ultima ratio*”.

Así las cosas, la posibilidad de cumplimiento de la medida de internamiento en centros extrapenitenciarios termina dependiendo en muchas ocasiones de la capacidad económica de las familias para poder costear una intervención asistencial residencial adecuada en un establecimiento privado (20).

Por otra parte, importa destacar que, en muchas ocasiones, el sometimiento de una persona con discapacidad psicosocial a una medida de seguridad de internamiento termina teniendo como consecuencia una privación de la libertad –habitualmente, como se ha señalado, en el medio penitenciario– de mayor duración e intensidad que en el caso del cumplimiento de una pena. En primer lugar, porque a la hora de determinar la duración máxima de la medida de internamiento se toma como referencia la extensión de la pena abstractamente considerada, sin tener en cuenta otras circunstancias atenuantes que podrían haber influido en la individualización de la pena si esta hubiera sido impuesta. En segundo lugar, porque ese límite máximo se convierte más bien en el tiempo real del internamiento en tanto la posibilidad legal de decretar su cese, sustitución o suspensión se ve obstaculizada por un procedimiento extremadamente lento y complejo debido, entre otras razones, al reparto de competencias entre el juzgado de vigilancia penitenciaria y el tribunal sentenciador (26) y directamente se ve frustrada, de nuevo, por la escasez de recursos extrapenitenciarios apropiados y su resistencia a incorporar a personas egresadas del medio penitenciario. En tercer lugar, paradójicamente, a las personas sometidas a medidas de seguridad no se les aplican los beneficios penitenciarios y su régimen de vida está sometido a mayores restricciones que las que afectan al resto de las personas internas, por ejemplo, en lo que atañe a las comunicaciones con el exterior y a las salidas, y ello no solo por la regulación existente sino, de nuevo, por la persistencia de prejuicios y estereotipos en relación con este colectivo (17). En cuarto lugar, las especiales dificultades que las personas con discapacidad psicosocial que han pasado por el medio penitenciario –doblemente estigmatizadas– encuentran para su reinserción en la sociedad –debido, de nuevo, a la falta de una red comunitaria de apoyos suficiente y adecuada a la situación de la persona– provocan que se recurra a la posibilidad legal de plantear tras el internamiento penal el internamiento en vía civil y dan lugar al fenómeno de la reincidencia y de la puerta giratoria.

Por lo que respecta a los hospitales psiquiátricos penitenciarios, a los problemas generales señalados se suman problemas específicos (25,27,28), como el incumplimiento manifiesto de los criterios de ubicación legal y reglamentariamente establecidos, lo que imposibilita el mantenimiento de vínculos personales y sociales, obstaculizando la reinserción de las personas internas; la sobrepoblación relacionada de nuevo con la escasez de centros pero sobre todo con la falta de derivación a recursos comunitarios apropiados de personas que podrían ser mejor atendidas en ese medio; la prevalencia en su organización y funcionamiento de los aspectos penitenciarios y regimentales sobre los sanitarios o asistenciales, por lo que se trata de centros que presentan un bajo perfil rehabilitador; la manifiesta insuficiencia de recursos; la falta de formación adecuada de los profesionales; los problemas de parcialidad derivados de que los/as psiquiatras de estos centros desempeñan funciones asistenciales y periciales; la generalización de los tratamientos médicos involuntarios que se entienden en ocasiones autorizados genéricamente por la propia situación de internamiento o el abuso del recurso a métodos coercitivos, etc.

Los problemas expuestos a lo largo de este apartado ponen de manifiesto la necesidad de revisar tanto la regulación de las medidas de seguridad en la normativa penal y penitenciaria como su aplicación en la práctica, necesidad que se ha hecho más evidente tras la entrada en vigor de la CDPD.

ALGUNAS PROPUESTAS

Las personas con problemas de salud mental en el medio penitenciario español vienen siendo víctimas de un maltrato y de una discriminación institucional plasmados en frecuentes vulneraciones de derechos y en su sometimiento a unas condiciones de privación de la libertad que terminan siendo más intensas, de peor calidad y de mayor duración, llegando a implicar incluso un doble castigo. La implementación del modelo general de la CDPD y de sus exigencias concretas en materia penitenciaria contribuiría, sin duda, a cambiar esta situación.

No conviene olvidar que la Convención posee un enorme potencial para atajar algunos de los factores que, según antes se apuntó, influyen en la presencia de las personas con problemas de salud mental en el medio penitenciario. En particular su art. 28 exige que las personas con discapacidad puedan disfrutar de un nivel de vida adecuado y de una apropiada protección social susceptible de prevenir situaciones de pobreza y su art. 19 requiere la efectiva implementación en el sistema español de una variedad de servicios y dispositivos asistenciales y sanitarios de base comunitaria suficientes, adecuados y de calidad, capaces de evitar situaciones de desatención que aboquen a las personas con discapacidad psicosocial al sistema penitenciario, y

capaces, además, de posibilitar su desviación temprana del medio penitenciario y de ofrecer asistencia postpenitenciaria adecuada¹³.

En el ámbito penal, la CDPD requiere la aplicación en el contexto de la discapacidad del principio que considera la privación de la libertad como una medida de último recurso y exige garantizar que las personas con problemas de salud mental acusadas de un delito puedan participar en igualdad de condiciones en los procesos penales.

Esta aproximación exige el establecimiento de cambios relevantes en la legislación penal sustantiva y procesal, que deberían ser incorporados en el anteproyecto de Ley de Enjuiciamiento Criminal que se está debatiendo en este momento. Así, debe asegurarse la detección de las situaciones de discapacidad psicosocial y la adecuada valoración de las necesidades de apoyo durante la tramitación del procedimiento, brindándose a las personas con problemas de salud mental la asistencia precisa y arbitrándose todos los ajustes de procedimiento¹⁴ que resulten pertinentes, incluida la asistencia de un profesional facilitador y medidas de apoyo en la toma de decisiones para que puedan ejercitar efectivamente su derecho de defensa. Además, el sistema penal, en estrecha colaboración con el sistema de atención a la salud mental y con el sistema general de servicios sociales, debe articular una respuesta diferenciada en atención a las circunstancias de la persona y a las condiciones actuales del sistema penitenciario, que pueden suponer un perjuicio adicional en situaciones de discapacidad psicosocial. El objetivo es que estas personas no entren en los dispositivos penitenciarios, sino que pueda darse una respuesta más resocializadora desde su apoyo en la comunidad.

En estas situaciones deberían establecerse esquemas de justicia restaurativa y, en especial, de mecanismos de mediación penal diseñados de forma inclusiva de conformidad con los estándares de la Convención.

En situaciones de imputabilidad, sería necesario revisar, perfeccionar y diversificar las medidas alternativas a la privación de libertad contempladas en la legislación penal vigente y fomentar su aplicación en situaciones de discapacidad psicosocial, estableciendo mecanismos que potencien su concesión con la inclusión de normas específicas que señalen su preferencia frente al encarcelamiento cuando este no sea necesario

¹³ La conversión de las cárceles españolas en un recurso asistencial frente a las deficiencias de las políticas de protección social ha sido denunciada insistentemente desde Instituciones Penitenciarias, en particular, en relación con las personas con discapacidad psicosocial.

¹⁴ Véase sobre estos ajustes el documento “Principios y directrices internacionales sobre el acceso a la justicia para las personas con discapacidad”, adoptado en agosto de 2020 bajo la dirección de la exRelatora Especial sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Sobre esta cuestión el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en sus *Observaciones Finales* a España de 2019 mostró su preocupación por que “La Ley de Enjuiciamiento Criminal carezca de disposiciones suficientes que garanticen la accesibilidad y la provisión de ajustes razonables y medios de apoyo individualizados a las personas con discapacidad que están recluidas”, CRPD/C/ESP/CO/2-3, para. 26.

para prevenir la comisión de futuros delitos. Asimismo, resulta necesaria la adaptación del régimen actual de la suspensión-sustitución de las penas privativas de libertad.

Las causas de inimputabilidad y su regulación en la normativa y aplicación, en la práctica, deben ser revisadas desde el enfoque de derechos, el principio de no discriminación y el modelo social. De acuerdo con esta visión, parece conveniente redefinir en términos no estigmatizantes y más neutrales las causas de inimputabilidad, eliminando las referencias a las anomalías y los trastornos y centrando la regulación en las dificultades para comprender la ilicitud del hecho y actuar conforme a esa comprensión. Igualmente, urge encontrar nuevos criterios de legitimación e individualización de las consecuencias jurídicas diferenciadas que cabe imponer a las personas con discapacidad que, en efecto, cometen un delito en una situación de inimputabilidad, abandonando categorías jurídicas como la peligrosidad y el internamiento “cerrado”, que responden a un sistema penal discriminatorio y a un enfoque médico e incluso de la prescindencia totalmente enfrentado al modelo de la Convención. Por tanto, debe abandonarse la apelación a la idea de peligrosidad como fundamento de las medidas de seguridad y ponerse el foco en las necesidades de apoyo y atención de acuerdo con el objetivo de la resocialización, que adquiere todavía más sentido en la aplicación de estas medidas en comparación con las penas. En todo caso, estas necesidades asistenciales tendrán que combinarse de manera apropiada con la finalidad preventiva y asegurativa que, ciertamente, también cabe predicar de estas medidas. Teniendo en cuenta estos parámetros, y al igual que se señaló en el caso de las penas alternativas, debe afinarse el catálogo de medidas de seguridad no privativas de libertad a la luz de los parámetros de la Convención, otorgando prioridad al tratamiento y a la supervisión o acompañamiento en la comunidad. Asimismo, resulta necesario potenciar la aplicación de la medida de participación en programas formativos, laborales, culturales, de educación sexual u otros similares.

La idea fuerza que debe presidir la revisión de la regulación y aplicación de las medidas de seguridad es su conversión en una respuesta proporcionada y más favorable, teniendo en cuenta la diferente situación de las personas con discapacidad (y sin discapacidad) que cometen un delito en una situación de inimputabilidad. Para lograr este objetivo, serían necesarias también otras reformas que agilizaran los procesos de revisión de las medidas y garantizaran su efectividad y que evitasen el sometimiento de las personas inimputables a condiciones de vida más restrictivas que en el caso de las personas penadas. En estas circunstancias, ciertamente, puede ser adecuado potenciar el recurso a la aplicación de medidas de seguridad frente a la aplicación de penas.

Asimismo, deberían arbitrarse mecanismos de comunicación permanente y eficaz entre la Administración de Justicia, Administración Penitenciaria, Servicios sociales y sanitarios de las Comunidades Autónomas y el Tercer sector, creándose

equipos de apoyo a los juzgados de lo penal capaces de reunir la información pertinente acerca de la persona afectada y acerca de los dispositivos y servicios disponibles para el cumplimiento de la medida de seguridad o de la pena de manera coordinada e interdisciplinaria, apoyando a los tribunales en la búsqueda y localización del recurso más adecuado.

De cualquier forma, deben implementarse también cambios en la normativa penitenciaria que garanticen que las personas con problemas de salud mental que, finalmente, ingresen en el medio penitenciario sean tratadas como sujetos de derechos y que puedan participar en todos los aspectos de la vida en prisión en igualdad de condiciones con las demás personas internas. En la implementación de estos cambios debe adoptarse, además, una perspectiva interseccional que tenga cuenta la interacción de los problemas de salud mental con otros factores de vulnerabilidad.

A mi modo de ver, es esencial garantizar la adecuada identificación de las situaciones de discapacidad psicosocial desde el momento del ingreso en prisión, el diseño de programas de tratamiento penitenciarios adecuados basados en la voluntariedad y la adaptación de la regulación de los diferentes aspectos de la vida en prisión –desde el acceso a beneficios penitenciarios, criterios de concesión del tercer grado y el acceso al régimen abierto hasta la participación en todas las actividades, la realización de salidas, el disfrute de permisos, la presentación de quejas o la aplicación del régimen disciplinario–, teniendo en cuenta las necesidades, circunstancias y experiencias de las personas con problemas de salud mental. Ello exige evitar cualquier discriminación y arbitrar tratamientos diferenciados en situaciones en las que la discapacidad psicosocial se presenta como un factor relevante y tomar medidas activas para paliar las evidentes desventajas que estas personas sufren en los entornos penitenciarios (siendo la accesibilidad, los ajustes, los apoyos y la asistencia las herramientas esenciales en esta estrategia).

De acuerdo con las anteriores reflexiones, deben implementarse medidas para la desaparición progresiva de los hospitales psiquiátricos penitenciarios y su sustitución por los recursos extrapenitenciarios del sistema nacional de salud, con un claro carácter asistencial y un mayor potencial de reinserción. Es importante tener en cuenta que ni relegar o separar sistemáticamente a las personas con discapacidad psicosocial en espacios especiales ni promover su mera inserción en un entorno penitenciario ordinario estándar diseñado para las personas reclusas sin discapacidad son estrategias coherentes con el paradigma de la inclusión que propugna la Convención. En relación con esta reflexión, resulta esencial tomar en consideración la realidad de las cárceles españolas, que no son entornos ideales de rehabilitación y resocialización y que adolecen de problemas estructurales susceptibles de afectar desproporcionadamente a las personas con discapacidad psicosocial, presentando algunas condiciones particularmente adversas para este colectivo.

Ciertamente, es urgente abordar estos problemas estructurales, por ejemplo, garantizando la total accesibilidad del entorno penitenciario, incluida la accesibilidad de la información y las comunicaciones, haciendo efectiva la transferencia de la sanidad penitenciaria a las comunidades autónomas y aumentando los recursos humanos y equipos sanitarios en prisión, creando equipos de atención a la salud mental y reforzando los recursos del PAIEM; potenciando y financiando de forma adecuada la intervención en el medio penitenciario y en los programas de reinserción de entidades especializadas en el apoyo a personas con discapacidad psicosocial; adoptando medidas para evitar que estas personas sean víctimas de explotación, violencia o abuso y garantizando la formación adecuada del personal penitenciario en los derechos de las personas con discapacidad y, en particular, en la relación con las personas internas con discapacidad psicosocial.

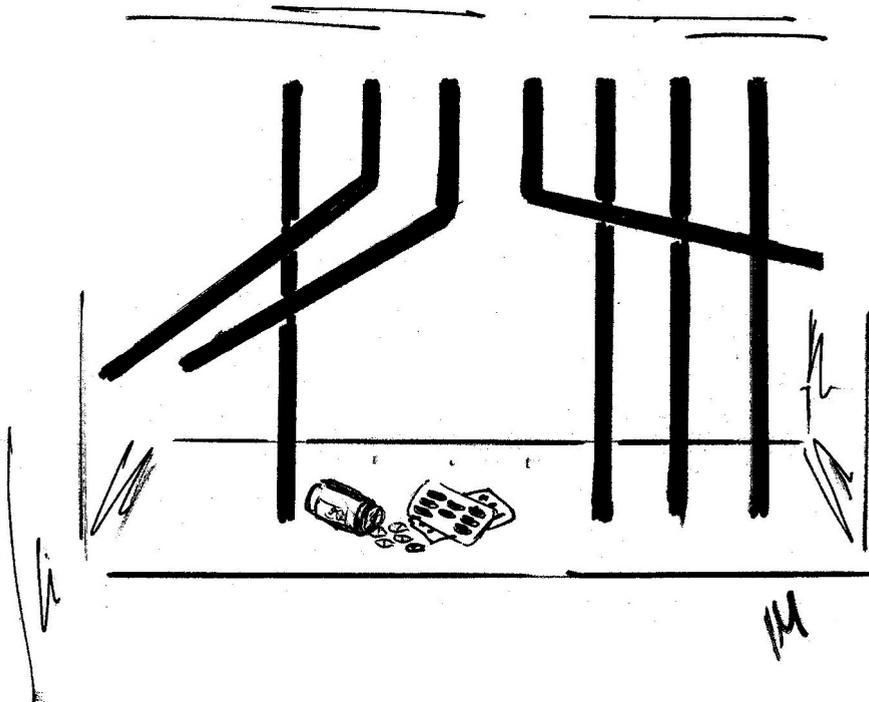
Ahora bien, y sobre todo mientras persistan estos problemas, no se puede desconocer que los entornos penitenciarios son particularmente hostiles para las personas con discapacidad psicosocial, generando situaciones de estrés y ansiedad que pueden agudizar sus necesidades de atención, atención que en estos momentos no puede prestarse de forma adecuada en el medio penitenciario. Es importante insistir en que en estas condiciones las personas con problemas de salud mental que en la mayoría de los casos representan un riesgo mínimo o nulo si reciben supervisión y atención adecuada en la comunidad, donde, además, son mayores las posibilidades de reinserción, no deben permanecer en prisión. En todo caso, las propuestas para favorecer su desviación del medio penitenciario deben acompañarse de campañas de sensibilización que eliminen la reticencia existente entre los responsables de los recursos de la red sociosanitaria a la hora de acoger a estas personas y que eviten la alarma social entre la opinión pública, combatiendo prejuicios y estereotipos (29). Ciertamente, no se trata de crear espacios de impunidad, sino de diseñar respuestas adecuadas que respeten la dignidad de las personas con problemas de salud mental que cometen un delito y que potencien su resocialización (18).

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Grupo PRECA. Informe Prevalencia de trastornos mentales en centros penitenciarios españoles (Estudio PRECA). Barcelona, 2011.
- (2) Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía (APDHA). Enfermos mentales en las prisiones ordinarias: un fracaso para la sociedad del bienestar, 2007. Disponible en: <https://www.apdha.org/media/saludmental07.pdf> [Consultado 14 de marzo de 2022].
- (3) Martínez Ríos B. Pobreza, discapacidad y derechos humanos. Madrid: CINCA, 2011.
- (4) Ucelay P. Enfermos mentales en prisión: riesgos. Jurista de Prisiones, mayo 2015 Disponible en: <http://juristadepresiones.com/enfermos-mentales-en-prision-riesgos/> [Consultado 14 de marzo de 2022].
- (5) Dirección General de Instituciones Penitenciarias (DGIP). Programa de intervención para personas con discapacidad. Documentos Penitenciarios nº 5. Madrid: Ministerio del Interior - Secretaría General Técnica, 2006.
- (6) Ministerio del Interior. Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario. 2007. Disponible en: <http://www.trastornosmentalesyjusticiapenal.es/portfolio-item/ministerio-del-interior-estudio-sobre-salud-mental-en-el-medio-penitenciario-2007/>
- (7) Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP). Programa marco de atención integral a las personas con enfermedad mental (PAIEM) en centros penitenciarios. 2013. Disponible en: https://www.faisem.es/wp-content/uploads/2013/11/Protocolo_PAIEM_RENOVADO.pdf [última consulta 14 de marzo de 2022].
- (8) Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP). Programa puente de mediación social en los CIS. Ministerio del Interior, 2018. Disponible en https://www.faisem.es/wpcontent/uploads/2013/11/PROGRAMA_DE_LAS_UNIDADES_PUENTE_CIS.pdf [última consulta 14 de marzo de 2022].
- (9) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión de Transversalidad de la Estrategia de Salud Mental, Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Documento de consenso de las comisiones de análisis de casos de personas con enfermedad mental sometidas a penas y medidas de seguridad, 2014. [Consultado el 14 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/documento-de-consenso-de-las-comisiones-de-analisis-de-casos-de-personas-con-enfermedad-mental-sometidas-a-penas-y-medidas-de-seguridad-22067/>
- (10) Confederación Salud Mental España. Programa de “Apoyo a la rehabilitación de las personas con enfermedad mental internas en centros penitenciarios”, 2019.
- (11) Confederación Salud Mental España. Programa de “Reincorporación social de las personas con enfermedad mental judicializadas”, 2019.
- (12) Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). La adaptación de la normativa penitenciaria española a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Madrid: CINCA, 2019.
- (13) Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía (APDHA). Sanidad en prisión. La salud robada entre cuatro muros, 2016. Disponible en: <https://www.apdha.org/sanidad-prision-salud-robada-entre-cuatro-muros/>

- (14) Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNPT). Informe Anual 2016. Disponible en: <https://www.defensordelpueblo.es/informe-mnp/mecanismo-nacional-prevencion-la-tortura-informe-anual-2016/>
- (15) Defensor del Pueblo. Las personas con discapacidad en el informe del Defensor del Pueblo de 2017, p. 17. Disponible en: <https://www.defensordelpueblo.es/informe-anual/informe-anual-2017/> [Última consulta 14 de marzo de 2022].
- (16) RED2RED Consultores. Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-inclusion-socialestigma.Pdf> [Última consulta 14 de marzo de 2022].
- (17) Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI). Las personas con discapacidad en el medio penitenciario en España. Madrid: Ediciones Cinca, 2008.
- (18) Ararteko. La atención sociosanitaria a la salud mental de las personas privadas de libertad en la CAV. Vitoria-Gasteiz, 2014. [Consultado el 14 de marzo 2022] Disponible en: http://www.ararteko.net/contenedor.jsp?layout=contenedor.jsp&codResi=1&language=es&codMenu=53&codMenuPN=1&codMenuSN=376&contenido=9701&tipo=5&nivel=1400&seccion=s_fdoc_d4_v7.jsp
- (19) Jornadas de Fiscales Especialistas en Vigilancia Penitenciaria. Conclusiones de las Jornadas. 2013. La CRAJ informa, 28 de septiembre de 2021. Disponible en: https://www.fiscal.es/fiscal/publico/ciudadano/fiscal_especialista/vigilancia_penitenciaria/documentos_normativa!/ut/p/a0/04_Sj9CPykssy0xPLMnMz0v-MAfGjzOI9HT0cDT2DDbzcSzcDBzdPYOdTD08jJ0tDPQLsh0VAUL61X-g!/?numElementosPorPagina=20&paginaDestino=1
- (20) Barrios Flores LF. Medidas de seguridad penal privativas y no privativas de libertad. Cuadernos Digitales de Formación, 2009; 52.
- (21) Jornadas de Fiscales de Vigilancia Penitenciaria. Conclusiones de las Jornadas. 2015. Disponible en: http://derechop-cp62.wordpress.com/wp-content/uploads/2018/10/Conclusiones_jornadas_Vigilancia_Penitenciaria_2015.pdf
- (22) Barrios Flores LF. La internación psiquiátrica por razón penal en España: ejecución de la medida en el ámbito penitenciario. Revista Criminalidad 2015; 57(1): 45-60.
- (23) Fundación Abogacía Española. Los enfermos mentales en el sistema penitenciario, un análisis jurídico. Madrid, 2012. Disponible en: https://www.abogacia.es/wp-content/uploads/2012/10/INFORME-Enfermedad-mental-e-instituciones_penitenciarias.pdf
- (24) Gómez-Escolar Mazuela P. La ejecución de las medidas de seguridad. Estudios jurídicos, 2010. [Consultado el 14 de marzo de 2022]. Disponible en: https://www.fiscal.es/fiscal/PA_WebApp_SGNTJ_NFIS/descarga/Ponencia%20G%C3%B3mez-Escolar%20Mazuela,%20Pablo.pdf?idFile=9a80578f-0ab9-426f-a1c5-9fc4e01d5547
- (25) Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP). Hospitales psiquiátricos dependientes de la Administración Penitenciaria. Propuesta de acción. Ministerio del Interior, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Dirección General de Coordinación Territorial y Medio Abierto, 2011. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Hospitalespsiquiatricosadministracionpenitenciaria.pdf> (última consulta 14 de marzo de 2022).

- (26) Ortiz González AL. Enfermedad mental y derecho penal: una realidad manifiestamente mejorable. Consejo General de la Abogacía Española, 2012. Disponible en: <https://www.abogacia.es/2012/11/07/enfermedad-mental-y-derecho-penal-una-realidad-manifiestamente-mejorable/> (última consulta 14 de marzo de 2022).
- (27) Cáceres García JM. Las medidas de seguridad en Centro Psiquiátrico Penitenciario: del fraude a la crueldad innecesaria. Estudios de Derecho judicial 2007;127: 69-102.
- (28) Confederación Salud Mental España. Informe sobre el estado de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales en España 2017, 2018. Disponible en: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/informe-derechos-salud-mental-2017-37033/> (última consulta 14 de marzo de 2022).
- (29) Grupo de Ética y Legislación de la AEN. Comentario sobre la propuesta de anteproyecto de modificación del Código Penal en relación a las medidas de seguridad. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2014; 34(121):149-172.



Trastornos del límite, un reto para los equipos técnicos penitenciarios: el derecho a la salud integral de las personas privadas de libertad

Boundary disorders, a challenge for prison technical teams: The right to comprehensive health of persons deprived of liberty

ANA GORDALIZA^a, IÑAKI MARKEZ^b

a) Psicoanalista, socióloga y educadora social en el C.P. Madrid III (Valdemoro, Madrid).

b) Psiquiatra, miembro de Ekimen elkarte. Bilbao.

Correspondencia: Ana Gordaliza (agordaliza@telefonica.net)

Recibido: 09/03/2022 ; aceptado: 03/05/2022

Resumen: La finalidad de la violencia es doblegar la voluntad de quien la padece, y si es en una cárcel, se representa con intencionalidad de modificar estructuras psíquicas de la persona penada. Desde la inclusión del papel del entorno psicosocial en la definición de salud, se reconsidera a los equipos técnicos penitenciarios, apostando por una acción que vaya más allá de la lógica securitaria. El tratamiento penitenciario es una oportunidad de cambio, más si se basa en derechos -y en el derecho a la salud- para tratar el sufrimiento. En el caso de los trastornos del límite, por más que la persona presa sea sujeto de derecho, se precisa un tratamiento penitenciario sin métodos de control ni dispositivos productores de exclusión, segregación o aislamiento. Se propugna una mirada ética en la que se tenga en cuenta la subjetividad de personas vulnerables y vulneradas, y que se traduzca en prácticas concretas sobre el uso de las medicaciones, el consumo de drogas, el aislamiento, las medidas disciplinarias y el trabajo en red, entre otras posibles. Ahí el trabajo en red, en lo institucional y lo comunitario, es una vía primordial.

Palabras clave: violencia, derecho a la salud, trastorno del límite, prácticas degradantes, tratamiento, red.

Abstract: The purpose of violence is to bend the will of the person who suffers it, and, if this occurs in a prison, it is carried out with the intention of modifying the psychic structures of the punished person. With the inclusion of the role of the psychosocial environment in the definition of health, the prison technical teams are reconsidered, committing to an action that goes further than the security logic. Prison treatment is an opportunity for change, especially if it is based on rights –and the right to health– to deal with suffering. When it comes to boundary disorders, even if the prisoner is a subject of law, prison treatment without methods of control or devices that produce exclusion, segregation or isolation is required. An ethical perspective in which the subjectivity of vulnerable and violated people is taken into account and is reflected into concrete practices on the use of medications, drug use, isolation, disciplinary measures and networking, among other possible ones, is advocated. There, networking, institutionally and community-based, is a primary path.

Key words: violence, right to health, boundary disorder, degrading practices, treatment, network.

LA VIOLENCIA ES LO QUE SUBYACE en las conductas autoritarias, una expresión de poder que reemplaza al derecho –normas legales que debieran garantizar la equidad entre las personas– y es un sustituto de la autoridad no alcanzada, con lo cual se transforma en autoritarismo. La finalidad de la violencia es doblegar la voluntad de quien la padece, así como que este vivencie a quien ejerce la violencia como un padre todopoderoso y castigador (1). Si se ejerce violencia en una institución, en una cárcel, por ejemplo, se representa un rol cuya intencionalidad es modificar estructuras psíquicas utilizando para ello la fuerza, las disfunciones y daños que este proceder genera. Son opuestas a lo que entendemos como terapéutico. Las acciones terapéuticas son ajenas a lo violento y agresivo, salvo en procedimientos quirúrgicos que, aunque intrusivos, pretenden posibilitar la integración de quienes los padecen.

CASTIGAR Y ASISTIR

David Garland, desde una perspectiva crítica, explora la historia de las estrategias penales y sociales del siglo XX en su libro *Castigar y asistir* (2). En este libro, que analiza lo que él denomina “complejo penal-welfarista”, se plantea el carácter central de la relación entre lo social y lo penal para la criminología.

Consideramos que esta centralidad está presente también en Jacques Lacan cuando habla de la realidad sociológica del crimen y la ley en su *Introducción teórica a las funciones del psicoanálisis en criminología* (3). La perspectiva psicoanalítica tam-

poco se desentiende de la interlocución con el Otro de lo social: hay sociedades en las que el propio transgresor se impone el castigo, en otras este se ejecuta a través de técnicas penales diferenciadas; hay situaciones en las que el orden se restituye mediante un chivo expiatorio y otras en las que la punición recae en el autor del crimen. Pero, incluso cuando esto es así, pueden darse casos en los que no se le considera responsable –la brujería pasa a ser competencia inquisitorial porque se piensa que excede a las capacidades humanas y solo puede realizarse con la ayuda del demonio–, como ocurre con el individuo moderno. Más allá de las múltiples variaciones, la constante es la presencia de un asentimiento subjetivo que permite la articulación de la ley y el crimen confiriendo significación al castigo: Atenas lo hace hombre, esa es la razón por la que Sócrates toma la cicuta pudiendo haber escapado de un castigo a todas luces inmerecido.

A principios de los 80 la sociología del castigo empieza a desligarse de la filosofía penal, se relativiza la importancia de lo cultural como fuente de práctica penal para subrayar la dimensión material de las relaciones de poder. La genealogía crítica de Garland (2), más que de la política penal, se ocupa de la estrategia penal, el interés se desplaza hacia dos cuestiones fundamentales:

a) Relación entre castigo y estructura social

La “penalidad victoriana” queda estructurada por el capitalismo liberal, se considera al delincuente un sujeto responsable que, al violar libremente la ley, se hace merecedor del castigo e indigno de la ayuda del Estado.

Los cambios económicos y políticos que acompañan la transición del capitalismo liberal al monopolístico culminarán después de la Segunda Guerra Mundial en la consolidación del Estado del bienestar, acompañado del “complejo penal-welfarista”, que, profundamente ambivalente, combina el ideal rehabilitador con el *disciplinamiento* de los pobres. Con la crisis del petróleo en 1973, el sueño se desmorona: desmantelamiento del sector público, neoliberalismo que cuestiona las fórmulas keynesianas y desconfianza en las virtudes del correccionalismo.

b) Estudio de las transformaciones estructurales del sistema penal

Entre modo de producción y sistema penal hay una interconexión causal mediada por procesos complejos. Los cambios no se producen de manera automática, no son el resultado de una mano invisible, se negocian entre los diferentes agentes encargados de la resolución de problemas y de la toma de decisiones, son fruto de una correlación de fuerzas. Las estrategias penales se vuelven efectivas por la acción

humana, que puede reproducirlas o modificarlas. La reproducción social pasa por un ejercicio de dominación que no erradica las posibilidades de cambio, siempre hay agentes implicados que luchan por transformar las reglas del juego.

Este artículo pretende ser una modesta contribución a la tarea de favorecer los cambios necesarios para mejorar la atención que reciben las personas presas. La privación de libertad no por legal deja de ser una violencia institucional que se ejerce en muchas ocasiones sobre personas especialmente vulnerables y vulneradas; un abordaje ético del castigo es imprescindible para modular los excesos en el ejercicio del poder, un poder consustancial a las instituciones totales.

TRATAMIENTO PENITENCIARIO, OPORTUNIDAD DE CAMBIO O VOLUNTAD DE DOMINIO

Reinsertar es, sin duda, tarea imposible. El tratamiento penitenciario, orientado a la reinserción social, no consigue erradicar la reincidencia. ¿Debe llevarnos esto a cuestionar su potencial? ¿No será que ha quedado desvirtuado por la preeminencia de los discursos de control burocrático de la criminalidad? Más allá de la justa retribución y frente al paternalismo prevencionista, apostamos por la previsión social basada en derechos para tratar el sufrimiento subjetivo.

En 1946, la OMS define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social” (4), no solo como ausencia de enfermedad. En 1984 modula el entusiasmo y establece una nueva concepción de salud como “el alcance del que un individuo o grupo es capaz, por un lado, para realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades y, por otro lado, para cambiar o hacer frente al ambiente. La salud es, por tanto, vista como un recurso para la vida diaria, no es el objetivo de la vida, es un concepto positivo que enfatiza los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas”. La medicina deja de ser la fuente principal de las mejoras de salud y cobra protagonismo el entorno psicosocial, algo que recoge en 1986 la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (5) cuando señala que “la salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia, y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrece a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud”. Se trata, pues, de un derecho humano fundamental, tal y como establece en 2005 la Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado (6), es decir, hay determinantes sociales que escapan del control de la persona.

Desde esta perspectiva los equipos técnicos penitenciarios tienen un peso fundamental en la salud de la población reclusa, que no es asunto exclusivo de la sanidad penitenciaria. La intervención que llevan a cabo no puede quedar centrada en la modificación de conducta, se impone una perspectiva de acogida, de acompañamiento, de educación comunitaria, en definitiva, un buen trato que trascienda sus tareas cla-

sificatorias en la Junta de Tratamiento. Nos atreveríamos a ir más allá recomendando que los profesionales que componen el equipo técnico quedasen liberados de dicha función para dedicarse por completo a la preparación individualizada de itinerarios de inserción. Quedar exentos de tomar decisiones en lo referente a permisos, progresiones y libertades condicionales contribuiría al establecimiento de alianzas terapéuticas. No tendrían voto, pero al trasladar a la Junta de Tratamiento las propuestas de preparación para la vida en libertad serían la voz de las personas presas sin mermar su responsabilidad.

En el 2019 se cumplieron los cuarenta años de la Ley Orgánica General Penitenciaria (7). Hubiera sido una excelente ocasión para introducir modificaciones legales en esta línea, pero se desaprovechó; no corren buenos tiempos para la sociedad de los cuidados, mucho menos para la humanización en el cumplimiento de las penas; la lógica securitaria que impera explica que la única demanda en lo social sea la de conferir a los trabajadores penitenciarios del cuerpo de ayudantes la condición de agentes de autoridad.

Juristas, psicólogos, trabajadores sociales y educadores tendrán que seguir encontrando los modos de poner la vida en el centro a pesar de la burocratización de su trabajo. A la espera de actualizaciones legales más acordes con los tiempos, una opción podría consistir en que un equipo técnico se dedicase únicamente a la clasificación, mientras el resto de los equipos volcase todos sus esfuerzos en la intervención desde una perspectiva más clínica, pero no exclusivamente clínica: esta debe acompañarse siempre con labores de asesoría jurídica, derivación a recursos comunitarios y educación social.

No nos debemos preocupar por la “seguridad ciudadana” si algún día se introducen las modificaciones legales que implican un cambio de funciones de los miembros del equipo técnico, no faltarían instancias para adoptar resoluciones definitivas en función de factores de riesgo, todos ellos recogidos en el Sistema Informático Penitenciario (SIP).

DISCURSO CAPITALISTA Y PATOLOGÍAS DEL ACTO

El 12 de mayo de 1972 Lacan dicta una conferencia en la Universidad de Milán bajo el título “Del discurso psicoanalítico”, y allí introduce la fórmula del discurso del capitalista modificando la escritura del discurso del amo (8). Los discursos son modos de lazo social, pero en el capitalismo este lazo queda comprometido al establecerse una circularidad donde no hay tope, donde no funciona la castración, diríamos en términos psicoanalíticos. Esto tiene efectos catastróficos: depresión generalizada, ambición desenfrenada y segregación correlativas a la ausencia de límites; instaura la ilusión de que los sujetos podríamos comandar nuestras vidas sin determinación alguna, algo locamente astuto pero destinado a estallar, según Lacan, porque instaura

un ritmo insostenible, el empuje al goce permanente resulta enloquecedor, el consumo es frenético, insaciable. A un objeto en el mercado le sustituye otro y otro y otro... en un intento vano de borrar la barra de la insatisfacción, que cada vez se torna más voraz. Dice Lacan sobre el discurso capitalista que “está para que eso marche sobre ruedas, eso no podrá correr mejor, pero, justamente, corre tan velozmente hasta consumirse, se consume hasta la consunción”. Las adicciones parecen ser el signo de estos tiempos, en ellas el placer rápidamente se torna pulsión de muerte.

Ya Freud diferenciaba el *agieren* (actuar) de la repetición y de la elaboración (9); hiperactividad, autolesión, transgresión, impulsividad, toxicomanía, violencia, fenómenos transclínicos que la psiquiatría englobó en la categoría de las psicopatías y que psicoanalíticamente se delimitan como patologías del acto: no hay espacio para el deseo, no hay límite interno al empuje pulsional, máxime cuando en lo social nada parece favorecer la inscripción subjetiva de una cierta pérdida. La coyuntura actual no está presidida ya por la rebeldía de otras épocas no tan lejanas.

Francisco Pereña habla de los “trastornos del límite”, de su dificultad para la elaboración, de su inaccesibilidad terapéutica, diferenciándolos de aquellos sujetos *borderline* que viven en la frontera de la psicosis (10). En los trastornos del límite, en lugar de la angustia a cielo abierto, nos encontramos con la insensibilidad y el narcisismo patológico de sujetos que viven al límite, con muchas dificultades para convertir su vacío existencial en falta vivificante.

Dadas sus dificultades con la Ley, muchos de estos sujetos terminan en prisión. Empleamos la mayúscula para diferenciar la ley simbólica de la ley penal; la transgresión de las normas remite en estos casos a las dificultades para la inscripción de un límite que regule los modos de satisfacción.

Sujetos que sufren situaciones traumáticas, con síntomas de malestar, angustia, desestructuración psicótica, trastornos adaptativos, reactivación de angustias paranoideas o confusionales, adicciones, depresiones... La mente queda invadida por vivencias de peligro, asociado a ideas de sufrimiento con la consiguiente inhibición y limitación en su accionar. La violencia desarrollada en instituciones del Estado, como es el caso de los centros penitenciarios, produce rupturas en los intercambios sociales que conducen al aislamiento y al silencio (11).

En las estructuras *borderline*, con sus personalidades afectadas, aparecen concepciones de trauma ya expresadas por Freud y antes en Charcot: “un trauma se podría definir como un aumento de excitación dentro del sistema nervioso que este último no es capaz de tramitar suficientemente mediante reacción motriz...” (12). Desde la postulación freudiana, cualquier psiquismo se rompe si el golpe es suficientemente fuerte o la tensión producida suficientemente prolongada (11). El trauma destruye la confianza y favorece el camino hacia una vida desordenada, problemas de identidad o rupturas psicológicas.

“Es importante esto para el tratamiento, porque al no tener límite interno necesitan límite externo. El terapeuta en estos casos tiene que hacer de límite externo siempre dirigiéndose al sujeto que hay allí. A veces hay que instruir desde esta perspectiva del límite externo, dar alguna instrucción que haga de límite externo y también de protección. Eso no es reeducación, es cuidar del sujeto para que no se anule. Hay que usar el límite externo solamente como posibilidad de crear el interno”, dijo Francisco Pereña en su intervención en el seminario de Ana Martínez “Psicopatología y clínica psicoanalítica”, dictada el 2 de febrero de 2016 (13).

Esta tarea es una apuesta, no un pronóstico. Más respetuosa con los tiempos subjetivos, orientada por la reducción de daños. ¿Cómo implementarla en el ámbito penitenciario? Sirvámonos de la teoría psicoanalítica. Al fin y al cabo, Freud investigó las formaciones colectivas y Lacan siempre recomendó a los analistas estar a la altura de la subjetividad de la época. Con lo dicho al principio creemos haber aclarado que tomar a la persona presa como sujeto de Derecho facilita la articulación entre las políticas públicas y la subjetividad, condición *para que los daños no sean sin sujeto*, parafraseando a Silvia Inchaurreaga en su artículo “Reducción de daños y/o psicoanálisis, uso de drogas, sujetos que se dañan y daños sin sujeto”, en el que reivindica la ética de la subjetividad en oposición a los ideales: solo ella puede reconvertir el destino en elección responsable (14). Proponemos que el tratamiento penitenciario se descomplete, que sus prácticas no sean métodos de control o, dicho de otro modo, dispositivos productores de exclusión y segregación.

a) Ingresos. Invitar a la desintoxicación

La entrada en prisión supone un corte, por ello puede ser ocasión privilegiada para regular la ingesta de tóxicos. Es cierto que hay una demanda por parte de la población reclusa, máxime cuando es también fuente de ingresos si se trafica con la “medicación”, algo bastante frecuente en situaciones de precariedad y desarraigo. Pero lo que es innegable es que el exceso descontrolado en el uso de fármacos causa secuelas en muchas ocasiones irreversibles, dificulta la adecuada convivencia y complica en extremo el acceso a permisos, régimen abierto y libertad condicional, cuando no compromete seriamente la vida.

b) Analíticas. Despenalizar el consumo

La tenencia de sustancias prohibidas en prisión es, razonablemente, motivo de sanción disciplinaria. Que la autoridad judicial sostenga sus fallos en hechos proba-

dos es garantía para el recluso. Que la concesión de beneficios penitenciarios se subordine al resultado de las analíticas realizadas para detectar consumo de tóxicos no pautados ya es más discutible, no reduce significativamente la ingesta, convierte al adicto en objeto de control, no deja lugar para la pregunta y prolonga el encierro. En definitiva, ni es el medio más eficaz para prevenir el delito, como mucho posterga su comisión, ni abre espacios de escucha en los que el sujeto responda verdaderamente por las consecuencias de sus actos, ni contribuye a preservar la alianza terapéutica.

c) Aislamiento penitenciario. Erradicar una práctica cruel y degradante

La Asociación Médica Mundial (AMM), en su Declaración sobre el Aislamiento Carcelario, adoptada por la 65ª Asamblea General de la AMM en Durban, Sudáfrica, en 2014 y revisada por la 70ª Asamblea General de la AMM en Tiflis, Georgia, cinco años después, distingue el aislamiento solitario –personas mantenidas en celda hasta 22 horas diarias– de otras intervenciones breves, “cuando los individuos deben separarse como respuesta inmediata a un comportamiento violento o disruptivo, o cuando una persona debe aislarse para protegerse a sí misma o a los demás” (15). Ciertas poblaciones son especialmente vulnerables a los efectos negativos para la salud, a saber, las personas con trastornos depresivos mayores, psicóticos, de la personalidad o de estrés postraumático sobrerrepresentados en la población reclusa. Correlaciona también con el aumento de conductas suicidas y autolesiones. Se ha comprobado que el aislamiento resulta altamente perjudicial, de ahí que pueda “resultar en una forma de tortura o malos tratos”, hecho que condujo a la elaboración de normas y recomendaciones internacionales. En base a estas reglas, la AMM lleva a cabo una serie de recomendaciones en lo que respecta a la función de los médicos, algunas de ellas son todavía asignaturas pendientes para la institución penitenciaria:

“La función del médico es proteger, defender y mejorar la salud física y mental del recluso, no infligir un castigo. Por lo tanto, los médicos nunca deben participar en ninguna etapa del proceso de decisión que tenga como resultado el aislamiento carcelario, que incluya declarar a una persona apta para soportar el aislamiento carcelario o participar de ninguna manera en su implementación. [...] Los médicos que trabajan en las cárceles deben poder ejercer con total independencia clínica de la administración de la prisión. Para mantener esa independencia, los médicos que trabajan en las cárceles deben ser empleados y administrados por un organismo separado del sistema penitenciario o de justicia penal. Los médicos solo deben dar medicamentos o tratamientos que son médicamente necesarios y nunca deben recetar medicamentos o tratamientos con la intención de permitir un período de aislamiento más prolongado”.

Es una lamentable realidad que el aislamiento carcelario no siempre se impone como último recurso y por el tiempo más breve posible, tenemos casos enquistados en el tiempo que han permanecido en primer grado o régimen cerrado durante años y años de manera ininterrumpida.

d) El “turismo” penitenciario. *Preservar las posibilidades terapéuticas*

Asumir que el malestar es inherente a la cultura, tomarlo como indicio de lo que falla, no pretender erradicarlo o silenciarlo; en definitiva, estar advertidos de lo imposible, *no todo se puede*, abre el campo de lo posible, permite salir de la impotencia del *no se puede hacer nada*, esa impotencia a la que confrontan los trastornos del límite cuando, desde el profesional, no se ha establecido la distancia terapéutica que asegure el vínculo.

Leer los *acting out*, dar el tiempo para comprender, no banalizar el sufrimiento subjetivo, todo ello puede limitar el recurso al control disciplinario y a la expulsión de los sujetos, reducidos a objetos de desecho; es esta una muy mala praxis que nos impide funcionar como contención, esa contención tan necesaria en las patologías del acto. Las conducciones permanentes de los sujetos más disruptivos, además de tener un elevado coste económico, agravan el desarraigo social.

e) *Trabajar en red*

En las XVIII Jornada Anual de la Fundación Manantial, de 4 de noviembre de 2021, “Redes en salud mental: entre lo institucional y lo comunitario”, José Ramón Ubieto aborda esta cuestión y habla de un modelo de trabajo en red que es el de la centralidad del caso: la pregunta no es si esto me toca a mí, la pregunta es qué puedo hacer en ese caso, qué puedo aportar. La indiferencia cede el paso a la corresponsabilidad, el saber es el resultado de una elaboración colectiva, de una conversación interdisciplinaria. Lo importante de la red son los agujeros, los enigmas que relanzan el trabajo de manera permanente (16). Este modelo permite anticiparse en lugar de reaccionar, tejer una red de recursos, no acumular datos.

El tiempo de privación de libertad puede ser ocasión para establecer vínculos con las redes comunitarias, esta debe ser la tarea del equipo técnico, intentar sentar las bases de algo que el sujeto no pudo establecer ni sostener en libertad. Este trabajo, que empieza con el ingreso en prisión, ha de estar orientado al régimen abierto, de tal modo que el cumplimiento de la pena no reedite la segregación y la exclusión de una muerte civil, situación que afecta especialmente a la población vulnerada por la Ley de Extranjería: brecha digital, documentación caducada, dificultades de empadronamiento, pérdida de permiso de trabajo y residencia, falta de asistencia sanitaria.

Vayan estas cinco propuestas para introducir en el panóptico penitenciario una clínica de la escucha y una presencia de lo comunitario.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Adissi YR. Pulsiones y desarrollo cultural. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2016.
- (2) Garland D. Castigar y asistir. Una historia de las estrategias penales y sociales del siglo XX. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 2018.
- (3) Lacan J. Introducción teórica a las funciones del psicoanálisis en criminología. XIII Conferencia de Psicoanalistas de lengua francesa, 29 de mayo de 1950, en colaboración con Michel Cénac. En: Escritos. México: Siglo XXI Editores, 2009.
- (4) Organización Mundial de la Salud (OMS). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 1946.
- (5) Organización Mundial de la Salud (OMS). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. 1ª Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud. Ottawa, 1986.
- (6) Organización Mundial de la Salud (OMS). Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud. 6ª Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud. Bangkok, 2005.
- (7) Ministerio del Interior. Ley Orgánica 1/1979 de 26 de septiembre General Penitenciaria. BOE núm. 239, 05/10/1979.
- (8) Lacan J. Del discurso psicoanalítico. Universidad de Milán. La Salamandra edición, 1972.
- (9) Freud S. Proyecto de psicología [1895]. Obras Completas. Vol. I. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1950.
- (10) Pereña F. Cuerpo y agresividad. México: Siglo XXI Editores, 2011.
- (11) Puget J, Kaës R (Compil.). Violencia de Estado y psicoanálisis. Buenos Aires: Ed. Lumen, 2006. Primera edición: Violence d'Etat et psychanalyse. París: Dunod, 1988.
- (12) Charcot JM. Leçons du mardi à la Salpêtrière: policlinique 1887-1888. Publications du Progrès Médical. Edición francesa reciente en Editorial Nabu Press, 2010.
- (13) Pereña F. Trastornos del límite. Seminario de Psicopatología y Clínica Psicoanalítica de Ana Martínez. Espacio Clínico de Psicoanálisis, 2016.
- (14) Inchaurrega S. Reducción de daños y/o psicoanálisis, uso de drogas, sujetos que se dañan y daños sin sujeto. Revista Digital Psyberia 2009; 1.
- (15) Asociación Médica Mundial. 70ª Asamblea General de la AMM, Tiflis, Georgia, octubre de 2019.
- (16) Ubieto JR. Redes en salud mental: entre lo institucional y lo comunitario. XVIII Jornada Anual de la Fundación Manantial. 4 de noviembre de 2021.

Género y adicciones en el medio penitenciario

Gender and addictions in prisons

IÑAKI MARKEZ^a, ENRIQUE PÉREZ^b, VIRGINIA PAREJA^c

a) Psiquiatra, Ekimen Elkarte, Bilbao.

b) Psiquiatra, Jefe de Sección de Psiquiatría de Hospital General Universitario de Alicante. Consultor de Centros Penitenciarios de Alicante I y II.

c) Responsable del Área Socioeducativa de la Fundación Esplai. Madrid.

Correspondencia: Enrique Pérez Martínez (eperezmar@yahoo.es)

Recibido: 09/03/2022 ; aceptado: 30/04/2022

Resumen: Conocido el patrón de consumo y uso social de sustancias psicoactivas, se revisa el modelo de atención a los problemas de salud mental en los centros penitenciarios que albergan a mujeres presas, que representan un 7,6% de la población reclusa, la más elevada en Europa Occidental. Se perfilan medidas de las políticas penitenciarias dirigidas a la mujer reclusa previas al ingreso en prisión, intervenciones en el propio medio penitenciario, así como medidas de transición a la comunidad.

Palabras clave: adicciones, género, centros penitenciarios, políticas penitenciarias.

Abstract: Given the pattern of consumption and social use of psychoactive substances, the model of attention to mental health problems in penitentiary centers is reviewed. Female prisoners in these centers represent the 7.6% of prison population, the highest in Western Europe. Measures of penitentiary policies aimed at women prisoners prior to entry into prison and interventions in the penitentiary environment itself are outlined. In addition, community transition measures are presented.

Key words: addictions, gender, prisons, prison policies.

EL PATRÓN DE CONSUMO DE DROGAS relacionado con el ocio se está popularizando; comenzó a extenderse en los años noventa, aunque se configuró en las décadas anteriores. Las actividades recreativas y de ocio se han convertido en un eje importante para los jóvenes, en él las mujeres jóvenes son ahora aceptadas e integradas, viviendo posibilidades que no tuvieron sus madres y sus abuelas (1). Además, las motivaciones de consumo de sustancias relacionadas con el placer, la diversión y la transgresión han sido ámbitos propios de los varones, pero no de las mujeres, y en el caso de estas han sido menos toleradas socialmente.

El tránsito de posiciones dependientes y subordinadas a los varones a situaciones más autónomas e independientes ha generado en las mujeres un conflicto de roles, al carecer de nuevos modelos de identidad femeninos que no se asienten en los tradicionales de madre, esposa y cuidadora o en estilos masculinos (2). Las mujeres participan más de los usos de drogas ilegales que en épocas pasadas como símbolo de igualdad, liberación y transgresión, pero ¿no será que en estos momentos históricos la mujer no tiene todavía las mismas oportunidades que los varones? ¿Puede estar relacionado con una forma de rebelión, inconformismo y transgresión de los roles sociales que todavía tiene que desempeñar que la puede llevar a comportamientos delictivos? Las mujeres a menudo se ven afectadas en mayor medida por la penalización social –estigmatización– relacionada con las sustancias prohibidas y los usos compulsivos (3). Esta estigmatización y miedo a la sanción social hace que muchas mujeres no admitan consumos de sustancias prohibidas o que no accedan a los recursos disponibles para personas con consumos compulsivos, lo que conlleva su invisibilidad en las estadísticas y estudios.

El proceso de salud-enfermedad está condicionado por factores socioeconómicos y productivos, y también por factores psicosociales procedentes de los modelos y roles de género, que determinan formas de vivir distintas y por lo tanto de enfermar. A medida que empeoran las condiciones del entorno, sumado a las estructuras de poder y la falta de oportunidades, los indicadores de salud de la población se tornan más negativos, quedando sobre todo las mujeres en situación de mayor vulnerabilidad de pobreza y exclusión social (4,5). Ocurre que la prisión se convierte en un lugar de personas aisladas de la sociedad, que comparten rutinas diarias administradas y normativizadas formalmente, que puede provocar aburrimiento (6,7), distanciamiento de la realidad, y donde se albergan muchas personas con problemas de salud mental y puede ser un espacio generador de todo ello.

El modelo de atención a los problemas de salud mental en los centros penitenciarios se ha presentado con respuestas, confusas en ocasiones, sobre el repetido debate de si estamos ante una población enferma o delincuente (8). Un equipo que trabajaba este tema, el Grupo de Trabajo sobre Salud Mental en Prisión (GSMP)¹, ya

¹ GSMP: Grupo sobre Salud Mental en Prisión, formado por profesionales de la AEN y de la SESP.

indicaba una prevalencia del 37,5%, encontrando entre el 4% y 6% con un proceso mental grave (9). La Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía, APDHA², afirmaba que el 40% presentaba trastornos mentales y de personalidad (10,11), de los que el 8% tenía enfermedad mental grave (12). López apuntaba que el 25,6% de los internos, uno de cada cuatro, tenía uno o varios diagnósticos psiquiátricos en su historia clínica (13). Esos estudios coincidían con la OMS (14) en que la enfermedad mental en la población penitenciaria es superior a la de la población general (15-19). Según Markez e Íñigo (20), del GSMP, se registraba entre el 30% y 50% de diagnósticos por trastornos ocasionados por el consumo de drogas, con una población que consumía sustancias ilegalizadas superior al 65% (21).

De acuerdo con la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP, 22), el Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales (PAIEM) atendió en 2017 al 4,3% de la población reclusa en régimen cerrado y ordinario. De estos internos, un 40,7% presentaba patologías duales, el 38,1% padecía algún trastorno psicótico, el 18,4% un trastorno afectivo y el 11% padecen otros tipos de trastornos. La escasez de estudios de incidencia impide analizar la relación entre prisión y los problemas de salud mental (23,24), aunque se supone el doble efecto: algunos problemas aumentan la probabilidad de terminar encarcelado y el encarcelamiento repercute negativamente sobre la salud mental de quienes están encarcelados (25).

PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD EN LAS CÁRCELES

En las cárceles españolas se superaron recientemente los 46 mil reclusos (Tabla 1). Hasta hace pocos años la tasa de encarcelamiento ha sido alta (llegó a ser de 164/100.000 habitantes y en 2020 se situaba en 123/100.000 habitantes), de las mayores de la Unión Europea, al sobreutilizarse la pena privativa de libertad como reacción punitiva en mayor medida que en los países del área. Sin olvidar que los cambios demográficos en la sociedad, al ser un país de acogida de un importante número de inmigrantes, estos se han trasladado a las cárceles, alcanzando casi un tercio de la población reclusa.

² APDHA: Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía.

TABLA I

Evolución de las personas ingresadas en las cárceles (en enero)

Año	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Total pres@s	76919	73932	70472	68597	66765	65017
Mujeres %	6053 7,9%	5786 7,8%	5288 7,5%	5225 7,6%	5083 7,6%	4977 7,6%

Año	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Total pres@s	61614	59584	58814	54998	49998	46053
Mujeres %	4722 7,7%	4448 7,5%	4365 7,4%	4434 8,0%	3990 8,0%	3312 7,2%

Fuente: Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

El número de internos e internas en las cárceles dependientes del Ministerio del Interior ha ido descendiendo año tras año, también durante la pandemia. Un descenso sostenido de la población reclusa iniciado en 2010 donde ha influido la reducción de la criminalidad y la ralentización de la justicia durante el confinamiento. Máxime si conocemos los bajos índices de criminalidad de España y buena integración de la mayoría de la población extranjera (26).

Las elevadas cifras de presos y presas se atribuían hasta hace una década a la mayor delincuencia, la mayor efectividad policial y también al endurecimiento de las penas y el aumento de la duración de las sanciones tras la reforma del Código Penal de 1995, que eliminó la figura de la reducción de pena por trabajos realizados (4). Las leyes aprobadas en 2003, modificando el Código Penal de 1995, conllevaron el endurecimiento del acceso al tercer grado y de la libertad condicional, así como la ampliación del límite máximo de cumplimiento de penas. La reforma del Código Penal de 2010 permitió reducir de manera notable las penas para, entre otros, los delitos por tráfico de drogas, con el objeto de favorecer la paulatina disminución de personas encarceladas.

En la población reclusa, el porcentaje de mujeres presas en las cárceles españolas desde 2010 ha sido de un 7,6% de media, siendo la más elevada en Europa Occidental, donde el porcentaje es del 4,5%. Además, tenemos una de las tasas más altas de mujeres extranjeras encarceladas (27). En nuestro país, a pesar de la reducción de penas, seguimos teniendo unas tasas de personas encarceladas por toxicomanías superiores a nuestro entorno europeo, solo comparables a las de Italia (28).

Las cifras elevadas de mujeres en los centros penitenciarios han sido durante los últimos años una constante que condiciona cualquier aproximación al análisis de su situación dentro del sistema penitenciario español. No solo han aumentado cuantitativamente, sino que cada vez es más importante el número de aquellas que cumplen condenas largas, debido a la creciente evolución de la participación de las mujeres en la comisión de delitos contra la salud pública, a la creciente feminización de la pobreza y exclusión social y al aumento de mujeres inmigrantes provenientes de países empobrecidos e involucradas en el tráfico de drogas (26,29). Sin embargo, las investigaciones en torno a la mujer reclusa son escasas.

a) Perfil criminológico

Hay una criminalización de aquellos sectores sociales más vulnerables, y tiene género. Los delitos de los más pobres son los que merecen la peor consideración y sufren mayor castigo. En los sistemas penitenciarios están sobrerrepresentados los sectores sociales más precarios y, en concreto, en las mujeres existe una mayor vulnerabilidad, mayor precariedad por antecedentes de abuso, precariedad económica y por cargas familiares, siendo importante el número de personas no activas o en situación de desempleo. Hay que tener en cuenta que las cifras de las estadísticas policiales y penitenciarias son un reflejo no de la criminalidad sino de la actividad policial. En este sentido, existen ya propuestas políticas, en diversos países, para que la lucha policial no sea igual para todo tipo de drogas (30). Además, no todos los delitos realizados son descubiertos ni todos los descubiertos son denunciados. Estas estadísticas informan sobre la criminalidad registrada, no la real (oculta), se supone que la criminalidad real es el doble que la registrada oficialmente, sobre todo con delitos de tráfico de drogas. Según las estadísticas penitenciarias, la población encarcelada es predominantemente masculina, en torno al 92%.

Las actividades delictivas vinculadas al tráfico ilícito de drogas dan cuenta de organizaciones y redes delictivas con gran poder, responsables de dirigir ese proceso (31,32). Es precisamente en el delito contra la salud pública donde con frecuencia las mujeres se ubican en las últimas etapas de la organización de este tipo de acciones penadas por la ley. Ello conlleva una mayor exposición a los controles en los sistemas de detención en aduanas y fronteras, son las “mulas” o “correos”. Este tipo delictivo no conlleva necesariamente una violencia directa y puede que no sea reprobado en el entorno inmediato. Es por ello que existe un consenso creciente en que la lucha contra los traficantes debería ser especialmente dura con aquellos que ocasionan una violencia letal (28).

Según la Encuesta de Salud y Consumo de Drogas a los Internados en Instituciones Penitenciarias (33), los hombres presentaban mayores porcentajes de antecedentes penitenciarios y de estancias en centros de menores que las mujeres. Estudios recientes en nuestro país señalan que el número de internas que ingresan por su primera condena es del 81,8% (34):

- De cada diez personas internas, cinco consumieron alguna droga ilegal en el último año en libertad (54%) y dos consumieron en el último mes en prisión; suelen consumir más de una sustancia psicoactiva, con un patrón de policonsumo.
- Las sustancias más consumidas en prisión (últimos 30 días) fueron el tabaco (74,9%), seguido del cannabis (19,4%) y los tranquilizantes sin receta (6,2%). El porcentaje de consumidores de otras sustancias se sitúa en menos del 3%;
- Las sobredosis no mortales en la población penitenciaria son más frecuentes estando en libertad que dentro de la prisión; las sustancias psicoactivas a las que los internos atribuyen las sobredosis son los tranquilizantes en prisión y la cocaína, y el alcohol fuera de la misma;
- El 29,9% de los internos ha sido diagnosticado alguna vez de un trastorno mental y el 27,9% está actualmente en tratamiento con medicación psiquiátrica. En concreto, en el caso de las mujeres presas, recibían psicofármacos el 34,4%, psicoterapia el 12,3% y una intervención psicoeducativa solo el 3,5% (35);
- El 21,3% de la población penitenciaria ha intentado quitarse la vida alguna vez estando en prisión o en libertad.
- El consumo de todas las drogas ilegales es claramente más elevado en la población penitenciaria estando en libertad que en la población general, destacando las diferencias en cannabis y cocaína.

Otro hecho relevante, que a veces pasa desapercibido, es que el consumo de drogas en general, y especialmente el de alcohol, aumenta el riesgo de ser víctima de violencia, como demuestra el hecho de que entre el 34 y el 38% de las víctimas tenían una alcoholemia positiva en el momento de su muerte (36). Esto se explica porque el alcohol produce “un coraje líquido” para enfrentar las provocaciones, alterando la capacidad de juicio, disminuyendo la cautela y aumentando la irascibilidad en entornos en los que la violencia puede surgir (30).

La estancia en prisión es una oportunidad para mejorar la salud de los internos con programas de prevención y de tratamiento, incluyendo la implementación de programas socio y psicoeducativos para reducir los factores de riesgo y potenciar los factores de protección, con una perspectiva de género (35). A recordar que las altas tasas de abandono de los programas terapéuticos hacen que no sean recomendables

para todos los presos y que puede ser suficiente con un adecuado manejo de incentivos para que las personas permanezcan libres de consumo (28).

b) Salud percibida

La percepción de la salud es un indicador que proporciona información relevante para fundamentar estrategias de salud, ya que tiene buena correlación con la morbilidad e incluso con la mortalidad, además de permitir deducir necesidades sentidas de la población. Es bastante constante en los estudios sobre el tema que tienen peor salud percibida las mujeres que los hombres, y son las mujeres con trabajos no cualificados o dedicadas al trabajo doméstico las que tienen una peor percepción (37). En el caso de las mujeres reclusas, la Encuesta sobre Salud y Consumo de Drogas a los Internados en Instituciones Penitenciarias (33) recoge que las mujeres tienen peor percepción de salud frente a los hombres. Diversos estudios recogen que hasta el 73,2 % de las mujeres reclusas perciben sintomatología relacionada con la salud mental (34,35), principalmente en forma de ansiedad, depresión y estrés durante el internamiento, existiendo una asociación entre estos síntomas y el consumo de alcohol y drogas (34).

La *salud percibida*, además de ser un indicador orientativo del estado de salud, es un indicador sensible a las condiciones ambientales, culturales, incluidos los condicionantes de género, pues es influida por los significados de la salud y el bienestar para cada condición social, cultural y forma de vida. Las mujeres suelen tener mayores tasas de trastorno mental común (especialmente depresiones), psicosis y adicciones, y menores de alcoholismo y trastornos de personalidad, salvo en trastorno límite (15).

c) Consumo de sustancias psicoactivas

Quienes tienen problemas de adicciones necesitan atención desde los primeros momentos de su estancia en prisión, aunque sea llamativa la persistencia del problema en la cárcel (25,38). Los problemas de drogas específicamente relacionados con mujeres no han sido examinados de un modo sistemático por los sistemas de información sobre drogas de la Unión Europea.

Los estudios, junto con el Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías, SEIT, muestran una menor prevalencia de las mujeres frente a los varones en el consumo de drogas ilegales, situándose su representación alrededor del 20%. Esta podría ser la razón de que no exista una especificidad de género. O se olvidan de las mujeres, o se las trata desde el punto de vista de los varones. El androcentrismo presente en los estudios sobre consumo de drogas ilegales en España, desde sus

comienzos hasta la actualidad, puede llevar a pensar que la realidad de las mujeres es menos significativa, salvo en los trabajos que tienen que ver con su maternidad. Algunos estudios recientes enfocan esta realidad desde una perspectiva de género y vemos cifras más reales en las que un 51,6% de las mujeres encarceladas en España presentan trastornos por uso de sustancias y un 23,2%, problemas de adicción (35), así como elevadas prevalencias de consumo de alcohol y drogas previas a su entrada en prisión (34). Aunque su representación sea menor, hay una realidad de consumo de drogas ilegales en muchas mujeres que tiene repercusiones importantes para su salud, su maternidad y su contexto inmediato.

d) Determinantes psicosociales de la salud

Los determinantes psicosociales son aquellos que dan cuenta de las contingencias sociales y acontecimientos vitales de hombres y mujeres que construyen la biografía de cada persona (39). Si, además, consideramos el enfoque de género, podemos decir que estos determinantes están relacionados con el modelo de socialización de género femenino y masculino.

Es adecuado considerar los condicionantes en la población reclusa femenina en base a los datos de la Encuesta EDSIP (33): deserción escolar y fracaso escolar, tasa de ocupación, vivienda, entorno relacional (pareja, hijos...), antecedentes de abuso/maltrato familiar, etc., considerando dentro de esta compleja problemática la importancia que tiene para la mujer, en su condición como tal, el temor al abandono y al desafecto, o la búsqueda de aprobación por parte del hombre.

Quedan muchas cuestiones pendientes de abordaje en esta población encarcelada y con patología dual, comenzando por la consideración de las adicciones como trastornos en la salud mental, y no como unos “problemas diferentes”, que requieren de medidas, programas y recursos específicos, con una atención integral, cuando menos, tal y como señala el PAIEM para los Centros Penitenciarios (22,40). Y queda pendiente, entre otros temas, lo relativo a las medidas alternativas a la pena privativa de libertad en personas con alguna adicción (41). Queda mucho por delimitar e impulsar en las medidas de seguridad, la petición de indulto y los trabajos en beneficio de la comunidad, con la adecuada revisión doctrinal y jurisprudencial de la suspensión de la pena de prisión en este colectivo, sean suspensiones ordinarias o supuestos especiales.

POLÍTICAS PENITENCIARIAS DIRIGIDAS A LA MUJER RECLUSA

Las políticas diferenciadas para la mujer se han encontrado ausentes de la agenda de la política criminal de la mayoría de los países. El abordaje de la dependencia de las sustancias psicoactivas, tanto en su estudio como en su tratamiento,

se ha enfocado genéricamente, sin diferencias entre varones y mujeres, puesto que se ha asumido que este fenómeno es el mismo para unos y otras. Sin embargo, son diferentes sus roles, estatus, percepciones, funciones y expectativas sociales. Por esta razón, tanto varones como mujeres viven de forma diferente su experiencia con las drogas, y el significado y la percepción social son diferentes en función de cada sexo. El estilo de vida adictivo es muy diverso en ambos sexos y, como en otros aspectos que se desarrollan en la sociedad, las repercusiones son más drásticas, terribles y duras para las mujeres (4,32,42,43). Estas diferencias no se tienen en cuenta en muchos de los servicios de asistencia a los que acuden con perfil de la persona adicta, politoxicómana, usuaria crónica a quien se destina gran parte del gasto de tratamiento asistencial (16,22,44).

Hace bastantes años que se han hecho investigaciones sobre las mujeres adictas penadas en los centros penitenciarios, así como sobre la adecuación de las políticas penitenciarias a las necesidades y demandas de las mujeres presas (45-47). Tras plantear el desarrollo de políticas para incrementar la igualdad y la tolerancia social, y disminuir conductas disfuncionales y las conductas delictivas, en esos y otros estudios ya se señalaron diversas necesidades de intervención tanto para disminuir el acceso a las prisiones de las personas con problemas de trastornos por uso de sustancias (TUS) como para mejorar su manejo durante el internamiento y evitar las reincidencias tras la excarcelación, que trataremos de describir en sus distintos niveles de implementación:

A) *Medidas previas al ingreso en prisión* (48)

1. Reforzar con personal y medios los equipos comunitarios para la atención de las personas con TUS, integrándolos dentro de las redes de salud mental, para evitar la pérdida de pacientes en la brecha entre servicios de toxicomanías y otros de salud mental, como todavía ocurre en algunas comunidades autónomas (49). Los programas integrados que incluyen terapia asertivo-comunitaria y alojamiento son los que mejores resultados ofrecen (50).
2. Desarrollar secciones en los juzgados que conozcan iniciativas alternativas para personas con TUS, cuyo objetivo sería encontrar vías para que los delincuentes toxicómanos entren en programas de tratamiento antes que en la prisión. Cuando se completa el tratamiento, las tasas de reincidencia, con nuevas detenciones, se reducen (28).
3. Ofrecer terapia de sustitución para delincuentes que consumen, ya que el tratamiento con metadona reduce el *craving*³, permite tomas más distanciadas y provoca efectos agudos menos intensos. Existe una gran evi-

³ Intenso deseo de consumo que conduce al abandono de la abstinencia.

dencia sobre su capacidad para reducir el consumo de heroína, disminuir la criminalidad, mejorar el funcionamiento social y salvar vidas, pues las tasas de mortalidad son 1/3 menores que en quienes siguen consumiendo heroína (51).

4. La prohibición y el control del suministro de drogas ¿son una forma de prevención? La prohibición intenta reducir el uso de drogas elevando su precio, disminuyendo su disponibilidad y reforzando el mensaje de su peligrosidad. Los defensores de la prohibición se basan en: a) las estadísticas de muertes por heroína, que, además, en el caso de las mujeres, presentan unas tasas de mortalidad 20 veces mayores que en la población general y 10 veces mayores que en varones, si usan heroína intravenosa, tal como han señalado diversos estudios en Italia, Cataluña y Asturias (52-54); y b) disminuir su disponibilidad para aumentar los precios y disminuir su pureza. Un aumento del 10% en su precio disminuye un 8% el consumo, aunque puede haber un cambio hacia drogas más baratas.
5. Las políticas policiales y judiciales no deben ser uniformes para todas las drogas. Mientras que la marihuana debería recibir una escasa atención, al ser una sustancia ampliamente utilizada, cuyos daños, aunque los tiene, son modestos, como un posible incremento en la prevalencia de conductores que sufren traumatismos de tráfico y presentan test positivos de tetrahidrocannabinol (55), presenta menor riesgo de muerte que otras sustancias, no implica una promoción de la violencia y, según los datos existentes, su despenalización no aumentaría su consumo (28). Otras sustancias, como el alcohol, aparecen vinculadas epidemiológicamente con un mayor número de homicidios que cualquier otra droga ilícita (30): el 40 % de los encarcelados por crímenes violentos habían bebido en el momento de cometer el delito (56) y el alcohol se relaciona específicamente con el asesinato, la agresión sexual y la violencia de género, por lo que algunos autores han propuesto la necesidad de implementar medidas especiales, como: a) aumentar los impuestos especiales sobre el alcohol para disminuir el consumo; y b) controlar aquellos lugares de venta de alcohol cuyos clientes están desproporcionadamente inmersos en casos de violencia relacionada con el alcohol.
6. Mejorar el manejo de las comunidades problemáticas que están bajo supervisión de la justicia. Aquellos consumidores que están en libertad condicional y que dan positivo a test de control deberían ser sometidos a intervenciones rápidas, seguras y justas que excluyan la prisión en primera instancia. Tras un segundo positivo, una detención de dos días y así progresivamente. Se ha visto que estas intervenciones reducen la recurrencia a

menos de la mitad en comparación con el grupo control (30) y permiten cambiar la conducta de un número importante de sujetos sin que entren en un programa de tratamiento convencional.

7. Reducir la prescripción de drogas de abuso con políticas que potencien los esfuerzos reguladores.
8. Aumentar el acceso a los tratamientos de las adicciones.
9. Aumentar la cantidad y calidad de los programas dirigidos a mujeres maltratadas.
10. Implementar programas de planificación familiar.

B) *Intervenciones en el medio penitenciario*

1. Reducir la duración media de las sentencias para delincuentes toxicómanos. La duración de la condena no debería basarse en la cantidad de droga que se posee ni en el número de detenciones previas, sino en la culpabilidad, el peligro asociado a la actividad de distribución y la facilidad de reemplazo del sujeto delincuente en la red. Esto favorecería a las mujeres que ocupan escalafones bajos en los sistemas de distribución.
2. Ligar el confinamiento en prisión con el tratamiento. Los beneficios descritos previamente con la terapia de sustitución con metadona se mantienen también en prisión (57). En el caso de las mujeres presas, los centros penitenciarios han dispuesto programas de metadona accesibles, pero no programas libres de drogas.
3. Incrementar la participación de la mujer en actividades remuneradas. Muchas de ellas realizaban actividades en los centros que, en rara ocasión, eran remuneradas.
4. Favorecer las redes de apoyo entre las compañeras internadas.
5. Estrategias de empoderamiento y promoción de la participación en programas de fomento de la autonomía personal.
6. Elaborar y desarrollar proyectos para fomentar la igualdad en el medio penitenciario.
7. Adaptar las políticas de personal a los planes de igualdad y las leyes de conciliación familiar.
8. Aumentar la presencia de educadores sociales en prisión que implementen programas socio y psicoeducativos para mujeres con TUS, con el objetivo de reducir los factores de riesgo y potenciar los factores de protección, con una perspectiva de género (35).
9. Favorecer las concesiones de libertades condicionales como un instrumento fundamental para el éxito de los programas de reinserción.

10. Estrategias de intervención para:
 - a. Ambos miembros de la unidad familiar privados de libertad.
 - b. Madres internas que conviven con hijos menores de tres años.
 - c. Trabajos en el exterior en trabajo doméstico o pequeñas empresas para facilitar el acceso al tercer grado con hijos.
 - d. Horarios flexibles para las mujeres clasificadas en tercer grado con hijos, acudiendo ciertas horas al centro penitenciario y pernoctando en su domicilio.
 - e. Internamiento en unidades de madres con programación educativa y lúdica para los menores.

Se deben diseñar programas de orientación relacional. Las conductas criminales y adictivas precisan del enfoque de género que visibilice y ponga el foco en las motivaciones del inicio y mantenimiento de la dependencia, que será tenido en cuenta en las intervenciones, en los modelos de cambio de las actitudes de género que mantienen conductas y perpetúan desigualdades.

El abordaje terapéutico diferenciado desde la óptica de género está poco desarrollado y menos asumido, siendo hegemónicos los programas de tratamientos homogéneos, orientados al mayor número de afectados, de ahí la orientación masculina. La evolución del consumo de drogas en la mujer y el modelo asistencial obligan a pensar en otros enfoques de intervención, más allá de algunas experiencias piloto percederas.

Asimismo, en los últimos años, las políticas de drogas también han tenido en cuenta las necesidades de la población penitenciaria femenina, siendo reflejadas en la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 (44), que entre sus principios rectores señala la equidad y la perspectiva de género como marco analítico y el desarrollo de herramientas para visibilizar, analizar y afrontar la afectación de las adicciones en las mujeres, y, complementando Estrategias anteriores, persigue “desarrollar programas penitenciarios dirigidos específicamente a mujeres”, y en el Plan de Acción 2021-2024 (58) establece la realización de un estudio de prevalencia y variables asociadas en población penitenciaria.

C) Medidas de transición a la comunidad

Las personas que salen de prisión son una población clave, ya que el 60% presentan TUS y se registran altas tasas de mortalidad tras la liberación, sobre todo por sobredosis, y tenemos que asegurar su acceso a los servicios apropiados. En realidad, no existen mecanismos de colaboración institucionales que favorezcan la derivación del paciente a los programas de atención ambulatoria o de rehabilitación psicosocial que precisan. De modo que los patrones de recidiva en los cuatro años siguientes

son muy altos (68%), con nuevos ingresos en prisión, más en aquellos sujetos con patología dual (49).

Este crucial campo de intervención está aún sin desarrollar y sería de gran ayuda cumplir el mandato legal para traspasar a las CC. AA. las competencias de la sanidad penitenciaria (Disp. Adic. 6ª Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud), hasta ahora incumplido, salvo en Cataluña, País Vasco y Navarra (59).

Los modelos de rehabilitación y reinserción social tras la excarcelación que traten de prevenir la reincidencia deben trabajar, principalmente, los llamados *factores de riesgo criminógenos*, entre los que se encuentra el abuso de sustancias y otros⁴, pero no la enfermedad mental (60), si bien se observa mayor reincidencia si hay enfermedad mental no tratada o mal tratada, y, en prisión, lo hegemónico es la “patología dual”, coexistiendo la enfermedad mental con una adicción.

Habrà que seguir y evaluar lo señalado en los documentos sobre planes de intervención y la estrategia apuntada, constatar lo realizado y lo que aún está pendiente de desarrollar.

⁴ Historial criminal/asocial previo, personalidad antisocial, cognición antisocial (secuelas del encarcelamiento), pares antisociales, familia/pareja desestructurados, bajo nivel de rendimiento/satisfacción en la escuela/trabajo...

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Meneses C, Markez I. Use, misuse and gender differences. En: Sáenz-Herrero M. (Ed.) *Psychopathology in women: Incorporating gender perspective into descriptive psychopathology*. Londres: Springer, 2018.
- (2) Romo N. La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas. *Rev Esp Drogodependencias* 2010; 3: 269-272.
- (3) Arana X, Markez I, Montañés V. Introducción al enfoque de género en las políticas europeas de drogas. *Oñati Socio-legal Series* [online], 2012; 2(6): 1-5. Disponible en: <http://ssrn.com/abstract=2176145>
- (4) Markez I, Silvosa G. Drogas y género en el ámbito penitenciario. *Oñati Socio-legal Series* [online] 2012; 2(6): 146-160. Disponible en: <http://ssrn.com/abstract=2176143>
- (5) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Indicadores de Salud 2017. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017.
- (6) CERMI. *Discapacidad y exclusión social en la unión*. Madrid: CERMI, 2003.
- (7) Cuenca P. La adaptación de la normativa penitenciaria española a la convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. Informe propuesta. CERMI. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Madrid: Ed Cinca, 2019.
- (8) Arroyo-Cobo JM. El modelo de atención a los problemas de salud mental en instituciones penitenciarias. Una respuesta al debate permanente ¿enfermo o delincuente? *Cuad. Psiquiatr. Comunitaria* 2014; 12(1): 13-26.
- (9) Grupo de Salud Mental en Prisión (GSMP). *Atención primaria de la salud mental en prisión*. Bilbao: OMEditorial, 2011.
- (10) Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía (APDHA). *Enfermos mentales en prisiones ordinarias. Un fracaso de la sociedad del bienestar*. Sevilla: APDHA, 2007.
- (11) Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía (APDHA). *Sanidad en prisión. La salud robada entre cuatro muros*. Sevilla: APDHA, 2016.
- (12) Mora Grande MI. *Enfermos mentales en las prisiones ordinarias: un fracaso de la sociedad del bienestar*. APDHA, febrero, 2007. Disponible en: <http://www.apdha.org/media/saludmental07.pdf>
- (13) López J. Las personas con TMG en el ámbito penal y penitenciario: situación social y propuestas de intervención psicosocial. *Corintios XIII: Revista de teología y pastoral de la caridad*, 2011; 137: 233-246.
- (14) Organización Mundial de la Salud. *Salud mental: un estado de bienestar*. Ginebra: OMS, 2013.
- (15) Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Tretsmann R. The mental health of prisoners: a review of prevalence, adverse outcomes, and interventions. *Lancet Psychiatry*. 2016; 3(9): 871–81.
- (16) Zabala C. *Prevalencia de enfermos mentales en prisión. Análisis de la relación con delitos y reincidencia*. Madrid: Ministerio del Interior, 2017.

- (17) Sirdífield C. The prevalence of mental health disorders among offenders on probation: a literature review. *J Ment Health* 2012; 21(5): 485-498.
- (18) Walker J, Illingworth C, Canning A, Garner E, Woolley J, Taylor P. Changes in mental state associated with prison environments: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*. 2014; 129(6): 427-36.
- (19) Vicens E, Tort V, Dueñas RM, Muro Á, Pérez-Arnau F, Arroyo JM, et al. The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Crim Behav Ment Health* 2011; 21(5): 321-32.
- (20) Markez I, Iñigo C (coords.). *Atención y tratamiento del abuso de drogas en prisión*. Bilbao: OMEditorial, 2012.
- (21) Rincón S, Vera E, García J, Planelles MV. Consumo de drogas al ingreso en prisión: comparación entre población española y extranjera. *Rev Esp Sanid Penit*. 2008; 10(2).
- (22) Ministerio del Interior. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP). Programa de atención integral al enfermo mental en centros penitenciarios equipos y actividades 2017. Madrid: Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2017.
- (23) Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33.588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *Br J Psychiatry* 2012; 200: 364-73.
- (24) Andersen HS. Mental health in prison populations. A review -with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004; (424):5-59.
- (25) López M, Laviana M, Saavedra FJ, López A. Problemas de salud mental en población penitenciaria. Un enfoque de salud pública. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2021; 41(140): 87-111.
- (26) Ministerio de Interior. Portal Estadístico de Criminalidad, 2021. Madrid: Centro Tecnológico de Seguridad, 2021.
- (27) Aebi MF, Delgrande N. Council of Europe annual penal statistics: Space I: 2009. Lausanne: Université de Lausanne, Institut de criminologie et de droit penal, 2011.
- (28) Caulkins JP, Reuter P. Dealing more effectively and humanely with illegal drugs. *J Crim Justice*. 2017; 46(1): 95-158.
- (29) Ministerio del Interior. Programa de acciones para la igualdad entre mujeres y hombres en el ámbito penitenciario. Madrid: Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2011.
- (30) Pollack HA. Dealing more effectively with problematic substance use and crime. *J Crim Justice* 2017; 46(1): 159-200.
- (31) Añaños F (coord.). *Las mujeres en las prisiones. La educación social en contextos de riesgo y conflicto*. Barcelona: Ed. Gedisa, 2011.
- (32) Añaños F, Burgos R, Rodríguez A, Turbi AM, Soriano C, Llopis JJ. Salud mental en prisión. Paradojas socioeducativas. *eduPsykhé, Revista de Psicología y Educación* 2017;16(1): 98-116.
- (33) Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta estatal sobre salud y drogas entre los internos en prisión (ESDIP). Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2016.

- (34) Caravaca-Sánchez F, García-Jarillo M. Alcohol, otras drogas y salud mental en población femenina penitenciaria. *Anuario de Psicología Jurídica*, 2020; 30: 47-53.
- (35) Galán Casado D, Ramos-Ábalos EM, Turbi Pinazo A, Añaños F. Salud mental y consumo de drogas en prisiones españolas. Una perspectiva de género. *Psychol Soc Educ*. 2021; 13: 85-98.
- (36) Illinois Violent Death Reporting System (IVDRS). Alcohol in victims of homicide. IVDRS, 2014;(7). Disponible en: http://www.sychicago.org/images/LCH451_IVDRS_Alcohol_in_Homicides_r2.pdf
- (37) Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
- (38) López M, Saavedra FJ, López A, Laviana M. Prevalencia de problemas de salud mental en varones que cumplen condena en centros penitenciarios de Andalucía. *Rev Esp Sanid Penit*. 2016; 18: 76-85.
- (39) Breilh J. *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial, Springer, 2013.
- (40) Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP), Dirección General de Coordinación Territorial y Medio Abierto. Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios. Madrid: PAIEM, 2009.
- (41) Germán Mancebo I, Arana X. El cumplimiento de las medidas alternativas a la pena privativa de libertad en personas drogodependientes. Vitoria-Gasteiz: Observatorio Vasco de Drogodependencias. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2009.
- (42) Añaños F, Fernández M, Llopis J. Aproximación a los contextos en prisión: una perspectiva socioeducativa. *Pedagogía social: revista interuniversitaria* 2013; 22: 2-16.
- (43) Yagüe C. Mujeres en prisión. Una intervención penitenciaria basada en sus características, necesidades y demandas. *Revista Española en Investigación Criminológica (REIC)* 2007; 5(4).
- (44) Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNsD). Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024. Madrid: DGPNsD, 2018.
- (45) Miranda MJ, Barberet R. Análisis de la eficacia y adecuación de la política penitenciaria a las necesidades y demandas de las mujeres presas. Madrid: Instituto de la Mujer, 1998.
- (46) Gañán A, Gordon B. La mujer drogodependiente penada en los centros penitenciarios: 2000-2001. Madrid: Asociación Servicio Interdisciplinar de Atención a Drogodependencias, 2001.
- (47) García de Cortázar ML, Agudo Y, Frutos L, Gutiérrez J, del Val C, Viedma A, et al. Estudio sobre discriminación en el ámbito penitenciario: extranjerías en las prisiones españolas 2009-2012. UNED. Disponible en: https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/estudios/estudioslinea2012/docs/Estudios_discriminacion_penitenciario_.pdf

- (48) Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Actuar es posible: intervención sobre drogas en centros penitenciarios. Madrid: DGPNSD, 2006.
- (49) Pérez E. Atención a la salud mental en el medio penitenciario. En: Desviat M, Moreno A (eds). Acciones de salud mental en la comunidad. Estudios 47. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2012; pp. 704-13.
- (50) Rosenbeck R, Kaspro W, Frisman L, Liu Mares W. Cost-effectiveness of supported housing for homeless persons with severe mental illness. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 940-951.
- (51) Mattick RP, Courtney B, Jo K, Marina D. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009; 3: CD002209.
- (52) Perucci CA, Davoli M, Rapiti E, Abeni DD, Forastiere F. Mortality of intravenous drug users in Rome: A cohort study. *Am J Public Health* 1991; 81(10):1307-10.
- (53) Sánchez-Carbonell X, Seus L. Ten-year survival analysis of a cohort of heroin addicts in Catalonia: The EMETYST Project. *Addiction* 2000; 95(6):941-48.
- (54) Jiménez-Treviño L, Saiz P, García-Portilla MP, Díaz-Mesa EM, Sánchez-Lasheras F, Burón P, et al. A 25-year follow-up of patients admitted to methadone treatment for the first time: Mortality and gender differences. *Addict Behav*. 2011; 36(12):1184-90.
- (55) Brubacher JR, Chan H, Erdelyis S, Staples JA, Asbridge M, Mann RE. Cannabis legalization and detection of tetrahydrocannabinol in injured drivers. *N Engl J Med*. 2022; 386: 148-156.
- (56) Cook PJ. *Paying the tab: the economics of alcohol policy*. Princeton, NJ: Princeton University Press, 2007.
- (57) Hendrich D, Alves P, Farrell M, Stöver H, Møller L, Mayet M. The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: A systematic review. *Addiction* 2012; 107(3):501-17.
- (58) Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Plan de acción sobre adicciones 2021-24. Madrid: DGPNSD, 2022.
- (59) Barrios Flores LF. El internamiento psiquiátrico penal en España: situación actual y propuestas de futuro. *Norte de salud mental* 2021;17(64): 25-38.
- (60) Barber V. Programas alternativos a la encarcelación: una aproximación clínica. Jornadas “Alternativas prisión en salud mental: soluciones jurídicas para la inclusión social”, 2017.

Suicidios en prisión: algunas tareas pendientes

Suicides in prison: some pending tasks

IÑAKI MARKEZ^a, ANA GORDALIZA^b, PILAR CASAUS^c

a) Psiquiatra, miembro de Ekimen elkarte, Bilbao.

b) Socióloga, psicoanalista y TMAE en el Centro Penitenciario Madrid III, Valdemoro (Madrid).

c) Psiquiatra, coordinadora del equipo de salud mental del C.P. Mas d'Enric, Tarragona.

Correspondencia: Iñaki Markez (imarkeزالonso@gmail.com)

Recibido: 09/03/2022 ; aceptado: 30/04/2022

Resumen: En la actualidad el suicidio es un auténtico problema de salud pública a nivel mundial y la primera causa de muerte no natural en España. Sin pretender una investigación exhaustiva sobre el tema, que excedería los límites de este artículo, se realiza una revisión general del concepto y un breve análisis crítico del modo en el que se recopilan los datos: se trata de un fenómeno infravalorado y es necesario mejorar la fiabilidad de las cifras manejadas. Tras recopilar la información oficial sobre el suicidio en la población penitenciaria española, con una tasa significativamente superior a la de la población general, se recogen los factores de riesgo y de protección a tener en cuenta para mejorar las políticas preventivas. Se cierra la exposición con un inventario de buenas prácticas que la Institución Penitenciaria no solo debe incorporar al Programa Marco de Prevención de Suicidios, sino también velar por su cumplimiento efectivo; para ello es imprescindible la detección precoz y la coordinación de los profesionales penitenciarios con la Red Sanitaria Pública.

Palabras clave: suicidio, registro de datos, centro penitenciario, factores de riesgo, prevención.

Abstract: At present, suicide is a real public health problem worldwide and the leading cause of unnatural death in Spain. With no intention of carrying out an exhaustive inves-

tigation on the subject, which would exceed the limits of this article, a general review of the concept and a brief critical analysis of the way in which data are collected are carried out. Suicide is an undervalued phenomenon and it will be necessary to improve the reliability of the statistical figures handled. After compiling official information on suicide in the Spanish prison population, with a rate considerably higher than in the general population, the risk and protection factors to be taken into account to improve preventive policies are collected. The exposition closes with an inventory of good practices that the Penitentiary Institution must not only incorporate into the Framework Program for Suicide Prevention, but also ensure its effective compliance. An early detection and the coordination of professionals with the Public Health Network is needed for this proper compliance.

Key words: suicide, data logging, prison, risk factors, prevention.

LAS POLÍTICAS CONTEMPORÁNEAS ponen la vida en el centro, regulándola y administrándola. La regulan desde una mirada poblacional estadística que homogeneiza a las personas, sustrayendo su singularidad. Por otro lado, estas políticas ponen el foco de las causas en el interior de la persona, en su biología. Los planes de prevención del suicidio y las estrategias de ayuda psicológica al trauma en catástrofes son ejemplos de prácticas biopolíticas. En cuanto al suicidio, regulan los procedimientos y prácticas de identificación, control y seguimiento que se ponen en marcha para evitar que alguien decida suicidarse y para que no vuelva a hacerlo (1).

La *conducta suicida* es un grave problema de salud pública en todos los países por el gran número de personas afectadas (muertos y entornos) y sus consecuencias. El suicidio es la primera causa de muerte no natural en España, ya casi un eslogan de tanto oírlo. Causa más fallecimientos que los accidentes de tráfico, que los accidentes laborales, que las muertes por violencia machista... y, sin embargo, al contrario de lo que sucede con esas otras muertes, no hay campañas de concienciación, campañas de prevención, campañas para afrontarlo. Por *comportamiento suicida* se entiende una diversidad de comportamientos que incluyen tres categorías: a) la ideación suicida; b) la planificación del suicidio y la tentativa de suicidio –planificación conlleva intención–; y c) la comisión de un suicidio propiamente dicho. La inclusión de la ideación entre los comportamientos suicidas es un problema complejo acerca del cual hay un debate académico significativo. Es difícil determinar la prevalencia de la tentativa por su ambigüedad conceptual, aunque existen algunos cuestionarios específicos que rara vez se utilizan.

Desde el ámbito social y sanitario es obligado considerar si existe o no *intención suicida*, pues nos referiremos a conceptos muy diferentes que, desde los ámbi-

tos mediáticos, con frecuencia, se confunden. Las *tentativas de suicidio*, a falta de datos oficiales, son difíciles de conocer, pues en ningún país del mundo se obtienen de los registros de las urgencias hospitalarias. La OMS en 1969 (2) ya señalaba la diferencia entre *acto suicida* (lesión que se causa al margen de la intención letal y del conocimiento del móvil), *suicidio* (un acto suicida con resultado de muerte) e *intento suicida* (un acto suicida que no causa la muerte).

La OMS presenta datos sobre la mortalidad por suicidio, por país, sexo y edad a partir de 1950 para la mayoría de los países (3), cuando estos comenzaron a proporcionar sus datos de mortalidad. Desde el año 2000 ha venido editando valiosas guías de prevención del suicidio en diferentes ámbitos: sanitario, escolar, penitenciario, etc., hasta reconocer el suicidio como una prioridad y problema de salud pública (2,4-8) que apuntaba a la capacidad de la atención primaria para reconocer y tratar los trastornos mentales además de identificar factores de riesgo y protectores de los pacientes. En el Plan de Acción sobre Salud Mental 2015-2020 (6), los Estados miembros se comprometieron a trabajar para alcanzar la meta mundial de reducir las tasas nacionales de suicidios en un 10% para el año 2020, pues el suicidio se sitúa entre las tres primeras causas mundiales de muerte en las personas de entre 15 y 44 años y es la segunda causa de muerte entre jóvenes y adolescentes de entre 15 y 19 años. El suicidio se situaba ya hace dos décadas entre las quince primeras causas de muerte en el mundo, con tendencia ascendente, estimándose que en el 2020 la cifra de suicidios consumados sería de 1,5 millones (9); se equivocaron, fueron la mitad (10), que es igualmente una cifra muy elevada y preocupante. En España, de acuerdo con los datos epidemiológicos del INE (11), es la primera causa de muerte no natural.

En España la conducta suicida no se considera un delito a nivel legal, pero el Estado tiene el deber de proteger la vida de sus ciudadanos para garantizar el correcto cumplimiento de la Constitución Española (12), que, en su artículo 15, expresa que toda persona tiene “derecho a la vida y a la integridad física y moral sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a torturas, penas o tratamientos inhumanos o degradantes...”. El suicidio se considera una conducta deliberada y motivada por factores biopsicosociales que pueden influir desfavorablemente en la decisión de la víctima (13,14).

Estamos ante un fenómeno social, multifactorial y complejo para el que no hay una única causa. Se suele producir como resultado de una compleja interacción de factores genéticos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales y medioambientales; su nivel de riesgo aumenta con la presencia de los factores de riesgo presentes y la ausencia de los protectores (15,16). En las instituciones totales, cerradas y con muchas personas encarceladas, auténticos espacios estresantes, incluso los residentes más estables muestran pensamientos y conductas suicidas en el transcurso de sus

vidas (17). La pandemia actual, otro gran problema de salud pública mundial, presumiblemente va a incidir en los comportamientos suicidas, de ahí la importancia del tratamiento mediático que reciban ambos fenómenos.

VÍAS INSTITUCIONALES PARA EL REGISTRO DE DATOS

El número de suicidios registrados en los Institutos de Medicina Legal (IML), de alta fiabilidad, donde llegan los informes de las autopsias, superaba todos los años en más de un 10% al registrado por el Instituto Nacional de Estadística (18), organismo que aporta las estadísticas oficiales. La discrepancia en las cifras se debe a la larga cadena de agentes que operan en la recogida de información (medicina forense, policía judicial...) y a las diferencias en el proceso de gestión de datos. Algunos señalan que “cuanto mayor sea la cadena de recogida de información, mayor es la posibilidad de error” (19). Pero lo realmente preocupante es que, a mayor detalle, más número de casos.

Con la cifra de suicidios registrados por provincia y año, ya fueran los del IML o los del INE, se obtuvo la cifra de *casos de suicidio identificados* (NSI), casos que, por algún motivo, no quedaron registrados en una u otra entidad. Los datos de NSI indicaban una tasa media de suicidios por 100.000 habitantes 0,97 más alta que la que señalaba el INE, con la pérdida media de 443,86 casos registrados al año. De acuerdo a criterios de la OMS para clasificar las defunciones (20), desde el año 2007, las estadísticas de suicidios se recogen en las de “Defunción según las causas”. La OMS, y en concreto su Oficina Regional Europea, ya viene realizando desde hace casi tres décadas grandes esfuerzos por unificar metodologías, conceptos y realizar estudios multicéntricos. Cada país tiene sus datos oficiales y, sin embargo, sus datos difieren enormemente debido a métodos y criterios dispares. Es sabido que el dato real de suicidios es superior al ofrecido en las estadísticas, no solo por los múltiples criterios de definición de suicidio que condicionan los resultados, sino también porque no siempre es posible diferenciar entre suicidio y muerte por causa natural, muerte accidental y homicidio. El suicidio exige la intencionalidad de morir fuera de toda duda, es decir, una intencionalidad suficientemente acreditada. Hay métodos donde está claramente acreditada la intencionalidad (p. ej., muerte por ahorcamiento), pero en muchos otros casos no encontramos una acreditación clara (testimonio familiar, una carta), como un autoenvenenamiento en una persona mayor con una enfermedad letal, muerte por precipitación que puede parecer un accidente o una acción deportiva temeraria en jóvenes registrada como accidente. Son los “suicidios indirectos”, casos que no se reflejan en los datos oficiales.

Se puede valorar la magnitud de la infravaloración y considerar que su tamaño es pequeño, aunque esté asumida la posición de tratarse de un problema de salud

pública de gran entidad. No obstante, lo habitual es reflejar la epidemiología descriptiva del suicidio, un cúmulo de cifras, sin adentrarse en el análisis de variables relevantes en el suicidio: rupturas afectivas, consumos de alcohol y otras drogas por amplios sectores, problemas económicos, migraciones, disolución de redes familiares o cambios epidemiológicos.

Las divergencias en los Registros son conocidas, nadie oculta la importancia de las cifras, el alcance y las características del suicidio. Es necesaria una mayor precisión, con datos fiables, para poder atinar en las medidas preventivas y asistenciales relacionadas. Un suicidio afecta a más de una persona, se extiende a un entorno que precisa ser atendido. La propia OMS (8) señala la escasa fiabilidad de las informaciones estadísticas, con tendencias a la subestimación de la realidad de los suicidios, aunque sea *un asunto tan sensible, incluso ilegal en algunos países*. Sin embargo, lograr un registro fiable de casos de suicidio es difícil, incluso implica a autoridades e instituciones diferentes. No es sencillo y reconoce que entre el 10 y el 30% de los casos no se registran, con insuficiente disponibilidad y calidad de los datos. Según la OMS (21), solo unos 80 Estados miembros disponen de datos de registro de calidad que se pueden utilizar directamente para estimar tasas de suicidio. Esta calidad insuficiente de los datos sobre mortalidad no es un problema exclusivo del suicidio, aunque en este caso la sensibilidad de este fenómeno y la ilegalidad de las conductas suicidas en algunos países favorece la subnotificación y la clasificación errónea de casos.

Se registran cuestiones diferentes: en unos lugares registran los suicidios, en otros el *probable suicidio* o los *suicidios accidentales* (la ruleta rusa, juegos adolescentes, accidentes con vehículos...); hay muchas muertes que son difíciles de discriminar, pues la intencionalidad no está clara. El estigma que acompaña al suicidio, que llega a la ilegalidad en algunos países, favorece el encubrimiento de muchos casos de suicidio que figurarán como muerte natural o accidente. Este ocultamiento se produce por causas diversas (ideario familiar, religioso, ideológico, cultural, político, o incluso motivos económicos), en definitiva, una mezcla de intereses, vergüenza y miedo que empujan a los familiares a no notificar los hechos, dificultando de este modo el reconocimiento oficial.

España se encuentra por debajo de la media, con una tasa de 8,7 muertes por cada 100.000 habitantes. Analizando únicamente los países de la Unión Europea (UE), se observa una tendencia a la baja de la tasa de suicidios, aproximadamente un 20%, entre los años 2000-2013. Según la Oficina Europea de Estadística, en el año 2015 (22), estimó una tasa estandarizada media en los 28 Estados miembros de la Unión Europea de 11,3 muertes por 100.000 habitantes, con tasas más bajas en los países del sur europeo.

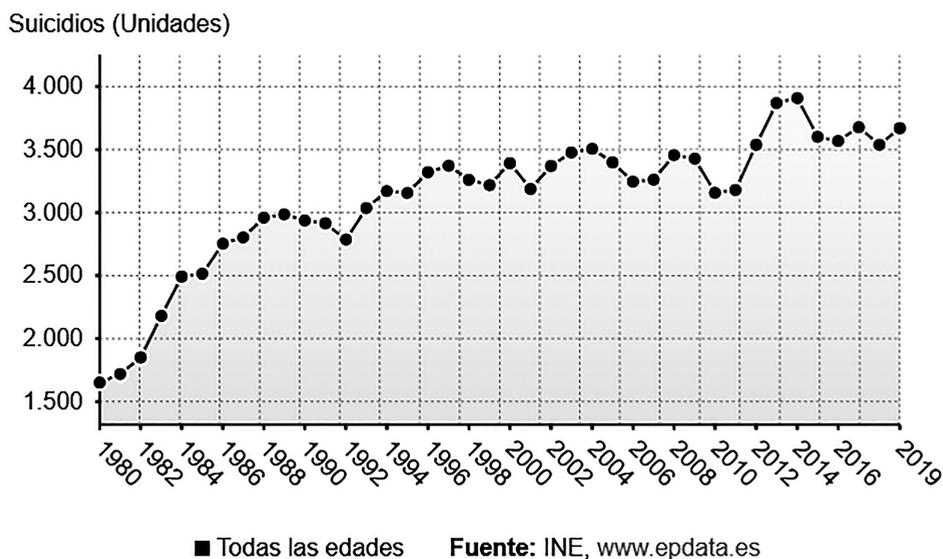
En España habitualmente se extrajeron los datos de mortalidad y de población procedentes del Instituto Nacional de Estadística. Se producen casi 11 suici-

dios al día. Expertos señalan que más de 8.000 personas también intentan quitarse la vida cada año y por ello sufren secuelas psíquicas y físicas. El mayor número de suicidios (40%) se producen entre los 40 y los 59 años. El riesgo de suicidio aumenta con la edad; con una mayor tasa en varones de más de 79 años. En edades tempranas el riesgo de suicidio está en aumento. La información estadística sobre suicidios es ofrecida por el INE en el registro de fallecimientos anuales según causa. La información oficial más actual es la correspondiente al año 2020, que registró 3.941 muertes por suicidio según el Instituto Nacional de Estadística (Figura 1), con cifras superiores a las 3.500 muertes a partir de 2012. Equivale a una media de 10 suicidios al día y una tasa de 8,31 suicidios por cada 100.000 habitantes (18), una subida importante en los últimos años.

FIGURA I

Evolución muertes por suicidio en España. 1980-2019

Número de suicidios ocurridos en España entre 1980 y 2019



Total, hombres y mujeres. Fuente: INE

En la elección de los métodos utilizados en los actos suicidas intervienen diversos factores, como la accesibilidad y la disponibilidad, la aceptación sociocultural, la imitación o la confianza en la capacidad letal. Varían según cultura, país, época y también características demográficas (edad, procedencia urbana o rural, sexo, raza, profesión, nivel cultural y socioeconómico, etc.). A su vez, es posible que

el método varíe según se trate de suicidio consumado (métodos más violentos y de mayor letalidad) o de tentativa (más “blandos”, menor letalidad, con intoxicaciones medicamentosas como método frecuente). En los países de ingresos altos, el método elegido en el 50% de los casos es el ahorcamiento, seguido de las armas de fuego con un 18% (8). Los datos también muestran diferencias en cuanto a los métodos utilizados por las mujeres y los hombres en el comportamiento suicida (mortal o no mortal). Los métodos más violentos, activos y letales son utilizados por los varones, con diferencias condicionadas por factores culturales.

EL SUICIDIO EN LA POBLACIÓN PENITENCIARIA ESPAÑOLA

La Organización Mundial de la Salud o la Comisión Europea (CE) llevan muchos años alertando de las deficiencias del tratamiento de los problemas de salud mental en los centros penitenciarios. Se sabe que la prevalencia de esos trastornos entre los internos es mayor que en la población general, aunque hay pocas cifras contrastadas. En la población penitenciaria se concentran diversos factores de riesgo que la OMS asocia al suicidio, tales como: aislamiento social y ruptura de relaciones, bajo nivel socioeconómico, problemas jurídicos, abuso de sustancias, trastornos mentales y padecer enfermedades físicas que reducen la esperanza de vida (23,24). Un estudio en las cárceles españolas lo situaba en 5,3 veces más entre los hombres (25). Bedoya y otros (26), que estudiaron de manera retrospectiva la incidencia del suicidio en las prisiones catalanas entre los años 1990 y 2005, llegaron a las siguientes conclusiones: la incidencia anual media fue del 59/100.000, tasa ocho veces más elevada que la correspondiente a la población general, constituyendo así el suicidio el 4,7% del total de la población fallecida en las instituciones penitenciarias catalanas.

Los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la población penitenciaria con riesgo suicida son la dependencia a sustancias psicoactivas, los trastornos afectivos y los trastornos psicóticos (27). Conocer la psicopatología y su prevalencia en esta población penitenciaria orienta a la necesidad de un correcto diagnóstico en la estancia penitenciaria para poder prevenir el suicidio (28,29). Igualmente es necesario el tratamiento de los trastornos psicopatológicos por profesionales de la salud mental durante la estancia en prisión.

En los informes anuales del Defensor del Pueblo (30) se subraya que el primer deber de la Administración Penitenciaria es preservar la vida de las personas a su cargo, privadas de libertad y en un contexto de sujeción especial. Sin embargo, las cifras oficiales son muy preocupantes. En noviembre de 2020 se elaboraba por la Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria el Informe Epidemiológico sobre Mortalidad en Instituciones Penitenciarias, correspondiente al

ejercicio 2019 (31). El número de fallecimientos en 2019 fue de 194, siendo la tasa de mortalidad de 3,83 por cada 1.000 internos. Es un dato más favorable que el del año anterior, en el que hubo 210 fallecimientos, siendo la tasa de mortalidad de 4,12 por cada 1.000 internos.

La tasa de fallecimientos por sexo sigue siendo superior en hombres (3,6 casos por cada 1.000 internos, 180 fallecimientos) que en mujeres (2,8 casos por cada 1.000 internas, 14 fallecimientos). Las cifras del año anterior eran: 4,2 casos por cada 1.000 internos, 200 fallecimientos; 2,6 casos por cada 1.000 internas, con 10 fallecimientos: han aumentado las mujeres fallecidas.

En cuanto al lugar de fallecimiento, 141 casos se produjeron en el centro penitenciario, 52 en el hospital y uno en el traslado al hospital. En cuanto a las causas, 101 fallecimientos se produjeron por causas naturales y 85 por causas violentas, que se desglosan en 37 por uso de drogas, 43 por suicidio y 5 por accidentes. Hay otras 8 muertes por causas “indeterminadas”. En este último apartado se incluyen 2 casos en los que tras la práctica de la autopsia no se ha podido determinar la causa de la muerte y 6 en los que la Administración no ha podido disponer de los informes de autopsia y/o de los informes toxicológicos solicitados, bien por decisión judicial, bien por retrasos en la justicia.

En prisión, un 5,2% de los internos ha tenido alguna vez un episodio de sobredosis no mortal; de ellos el 9,5% no consumía drogas al ingreso. Además, el 21,3% de los internos refiere que han intentado alguna vez quitarse la vida: el 10% refiere que el/los intentos de suicidio(s) fueron en libertad, el 6,4% en prisión y el 4,9% tanto en libertad como en prisión. En definitiva, el 11,3% de la población interna ha realizado al menos un intento de suicidio estando en prisión (24). Es presumible que las cifras de suicidios serían superiores si se discriminaran muchos de los casos de muertes por uso de drogas y sobredosis, así como algunos accidentes.

En cuanto a los 43 suicidios mencionados, 38 eran hombres y 5 mujeres. El método de suicidio fue el ahorcamiento en 38 casos, en dos la autolesión, en dos la ingestión de psicótopos y en un caso no se ha podido determinar el método. El número de suicidios el año anterior había sido de 33, por lo que se ha incrementado en diez personas. Tanto el número de suicidios como la tasa (0,85 por 1.000 internos) son los más altos desde 2014. Debe reiterarse la preocupación por el número de suicidios, con cifras significativas en esta década pasada (Tabla 1):

TABLA I
Número de suicidios en la década pasada

Año	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Suicidios	25	40	27	26	25	27	33	43	51

Un crecimiento notorio los últimos años que pudiera ser superior con mayor atención a informes de autopsia y toxicológicos. A recordar que, en los últimos años, las sustancias psicoactivas a las que los internos atribuyen las sobredosis en prisión eran los tranquilizantes, la heroína y la metadona no prescrita; y la cocaína y el alcohol fuera del centro penitenciario (32). Con cifras muy superiores a la tasa de suicidios en la población general, la población reclusa es un colectivo de elevado riesgo para esta causa de muerte.

El suicidio puede abordarse desde la perspectiva del estrés psicosocial, pues el ingreso conlleva un proceso de adaptación psicológica en el que intervienen e interactúan estresores ambientales (humedad, frío, calor, ruido), condiciones higiénicas y sanitarias deficientes, ausencia de espacios de esparcimiento, hacinamiento, falta de intimidad, una estructura arquitectónica y organizacional carente de apoyo social, todo lo cual afectaría al estado de salud psicológica y física del individuo (33). Hace décadas que estamos ante una de las problemáticas que, como causa de muerte, es de las más frecuentes en instituciones penitenciarias (34), pues estas acogen personas que están entre los grupos de mayor riesgo de suicidio: hombres jóvenes, personas con enfermedad mental, aislados socialmente, abuso de sustancias, con rasgos de personalidad asociados a comportamientos violentos y suicidas, y con intentos de suicidio previos (35,36). Las personas privadas de libertad presentan un mayor riesgo de suicidio que la población general (17,29, 37-39), con tasas de suicidio de al menos 3 a 9 veces mayor en hombres y mujeres que están en la cárcel (36). Podemos ver el suicidio en las instituciones penitenciarias desde miradas diferentes: resultado de una enfermedad mental, derivado de un trastorno de personalidad y consecuencia de la reflexión personal, opción existencial, imitación o por causas no determinadas (40,41), así como forma de terminar con una situación estresante e irremediable (34).

Un paso importante para la prevención del suicidio es desarrollar perfiles que se relacionen con grupos y situaciones de riesgo que pueden necesitar mayor evaluación e intervención (42). Por ejemplo, los estudios muestran que los reclusos en espera de juicio difieren de los presos sentenciados en ciertos factores claves de riesgo para el suicidio (43), mientras que, en otros lugares, las poblaciones de estos perfiles se entremezclan. Si se trata de jóvenes, especialmente dependientes de las relaciones favorables con el personal (44), su separación y aislamiento, o su destino en centros de adultos, puede conducir a un riesgo adicional para acciones suicidas (45,46).

FACTORES DE RIESGO EN LAS CÁRCELES

Metzner (47) dice que es metodológicamente incorrecto un estudio que compara tasas de suicidio de las personas privadas de libertad con las de las personas en libertad de la población general. Un primer paso para conocer y prevenir la conducta

suicida es establecer perfiles de riesgo. La combinación de factores individuales y ambientales puede ser la causa de que las tasas sean más altas en los escenarios penitenciarios. Quien está en la cárcel, preventivo o penado, lleva una mochila cargada de sufrimiento y dificultades.

Los factores sociodemográficos pueden tener valor predictivo en combinación con otros factores. La población joven presenta mayor riesgo de suicidio al estar separados de su familia y amistades (48). La asociación entre juventud, delincuencia e intento de suicidio parece ser incluso independiente del encarcelamiento (49). Aunque la mayoría de los suicidios en los centros penitenciarios son de hombres (son la mayoría), las mujeres presentan un elevado riesgo de suicidio cuando están en prisión preventiva, tienen una enfermedad mental severa, poco apoyo familiar y social y conductas suicidas previas (50). Son contradictorios los estudios en el medio penitenciario sobre el estado civil: para algunos las personas solteras presentan un mayor riesgo de suicidio que las casadas (51), para otros el riesgo es mayor para las personas casadas (52) por el efecto que puede tener el hecho de perder a sus referentes sociales más importantes durante el encarcelamiento. Las dificultades en la comunicación con sus familiares pueden contribuir al aislamiento de los inmigrantes en los centros penitenciarios, aunque sean lugares donde pueden parar la vida que llevaban, plenas de carencias, que formaban parte de sus violencias diarias (53). Esto, unido al miedo a ser extraditados y las dificultades con el idioma como factores estresantes añadidos, puede contribuir a aumentar el riesgo de suicidio. La condición de personas sin hogar o el nivel de estudios bajo también tienen un valor predictivo, aunque sea limitado.

El impacto psicológico del arresto y el encarcelamiento, junto a la abstinencia de anteriores consumos de drogas y alcohol, el estrés diario en ese espacio que resulta extraño, la pérdida de empleo, los conflictos sociales, la discriminación, la marginalidad, la dificultad de acceso a los servicios de salud... Todos son factores de riesgo para el suicidio, muchos de ellos presentes en la población reclusa antes de entrar en los centros penitenciarios. Hay factores psicosociales comunes en los reclusos suicidas: poco apoyo social y familiar, conductas suicidas previas, antecedentes de enfermedad mental y problemas emocionales. Las personas presas llegan a experimentar intimidación, conflictos entre reclusos, infracciones disciplinarias, etc. (54), que son factores estresantes que pueden conducir al suicidio a través de sentimientos de desesperanza, limitación de perspectivas y una pérdida de opciones para afrontar las adversidades. El suicidio llega a ser visto como la forma de salir de una situación irremediable y desesperada.

El sistema penitenciario, un sistema cerrado que no permite la autonomía ni la autorregulación de las personas, con factores institucionales como “no tener visitas” y “ocupar una celda individual” (55,56) o la “sobrepoblación” y “elevada rotación”

en la cárcel... (57) Son numerosos los elementos por los que los internos pueden llevar a cabo una conducta suicida. Estos factores no ofrecen un pronóstico infalible y exigen una cuidadosa evaluación clínica, tarea nada sencilla al tratar de identificar a quienes están en riesgo (58), encontrando centros penitenciarios con escasos recursos en salud mental, sin programas comunitarios, con difícil acceso a profesionales y tratamientos psicológicos y psiquiátricos.

Observamos que los suicidios tienden a ocurrir por ahorcamiento cuando las víctimas están aisladas o en celdas segregadas, y cuando hay menos personal, como, por ejemplo, en las noches o fines de semana. También hay una fuerte asociación entre el suicidio de los reclusos y la asignación de alojamiento, pues en ocasiones se realizan cuando los presos están solos, aunque funcionalmente estén compartiendo celda (44,59). Así mismo, hay una cantidad desproporcionada de suicidios que ocurre en departamentos de aislamiento, en los que la estancia en celda puede llegar a ser de 23 horas al día (60).

También están los *factores protectores*, aquellos elementos que promueven y garantizan la estabilidad de la situación clínica y psicosocial. Ofrecen protección contra el comportamiento suicida y se atiende a los factores individuales de una persona o a los relacionados con el entorno sociofamiliar y contextual. Entre los factores individuales se incluyen las habilidades sociales, la capacidad de resolución de problemas, el autocontrol de la impulsividad, la autoestima, las estrategias de afrontamiento y la capacidad de resiliencia (61). Entre los factores externos destacan la accesibilidad a los dispositivos de salud, la existencia de red social y familiar adecuada, la participación social y la restricción a métodos letales de suicidio (62).

UNA POLÍTICA INTEGRAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

El suicidio, y su prevención, se han convertido en una prioridad de las acciones en salud mental por varios motivos. Se trata de una causa de “mortalidad evitable”, susceptible de intervención por políticas sanitarias (1). Las personas presas son un ejemplo de colectivo vulnerado sobre el que, con frecuencia, cae buena parte del peso de la mirada patologizadora que va sustituyendo la mirada policial a través de la medicalización del delito. Los centros penitenciarios deben tener una política razonable e integral para la prevención del suicidio y ser las autoridades de instituciones penitenciarias, no el personal funcionario (34) ni los trabajadores de sanidad penitenciaria, quienes tienen la responsabilidad de instaurar dichos programas. Programas que deberán contar con personal formado en la prevención del suicidio de los reclusos bajo su cuidado, pudiendo contar con sencillos indicadores (63,64) que complementen la observación y comunicación más adecuadas para mejorar la detección de señales de alerta y riesgo. No obstante, la evaluación del riesgo de suicidio (65), a pesar

de las carencias de personal de salud mental, será siempre médica. Sin duda, un medio ambiente más seguro, donde estén eliminados o minimizados los elementos de riesgo y el acceso supervisado a materiales letales, serán factores protectores. La tecnología ofrece alternativas a la observación directa por el personal penitenciario, salvando las cuestiones éticas y si se acompañan de apoyo emocional y respeto (43). Los limitados recursos de personal de salud mental dentro de la institución y sus dificultades de coordinación con los dispositivos sanitarios de la comunidad (66) hacen necesario generar vínculos de colaboración con los programas comunitarios u hospitalarios que complementen aquellas carencias.

- Si acontece un intento suicida, el personal penitenciario debe estar capacitado para asegurar y proporcionar primeros auxilios (equipo de resucitación o ciertas maniobras) al recluso mientras espera que llegue el personal sanitario del establecimiento o del exterior si fuera preciso. También procurar evitar la confusión ante un posible “intento suicida” cuya pretensión pudiera ser llamar la atención hacia sus problemas emocionales o influir en el manejo de su caso a través de conductas autodestructivas. La valoración médica es necesaria y la respuesta correcta sería interesarse por los problemas del recluso en lugar de castigarlo o mostrar indiferencia hacia dichas conductas, respuestas que pueden empeorar la situación con mayor toma de riesgos. Los programas de supervisión, el apoyo social y el acceso a recursos psicosociales son claves para internos que llaman la atención y son potencialmente autodestructivos.
- Si acontece un suicidio se deberá documentar e informar del incidente, así como proporcionar la retroalimentación constructiva necesaria que mejore las futuras actividades de prevención. El personal penitenciario y sanitario informará de los acontecimientos que condujeron al suicidio, identificará los factores que pueden haber llevado a la muerte del recluso, evaluará la adecuación de la respuesta a emergencias y extraerá posibles implicaciones para mejorar futuros esfuerzos de prevención (34). El personal penitenciario, sanitario y psicosocial del establecimiento que haya experimentado el suicidio de un recluso bajo su supervisión o los otros reclusos pueden experimentar sentimientos de enojo, resentimiento, culpa y tristeza.

BUENAS PRÁCTICAS PARA PREVENIR LOS SUICIDIOS

La responsabilidad del Estado ante estas conductas se refleja también en los suicidios de las personas privadas de libertad, pues la institución penitenciaria es responsable de la protección y cumplimiento de los derechos de las personas pre-

sas. Entre ellos el derecho a la vida, la integridad y la salud (Artículo 3.4 LOGP 1/1979). En 2014, debido al mantenimiento de los casos de suicidio producidos en los centros penitenciarios, se revisó y actualizó el programa anterior y se implantó el Programa Marco de Prevención de Suicidios 5/2014 (67), un programa más exigente. Sin embargo, la incidencia no ha disminuido, de ahí que sea oportuno adecuar las prácticas para la prevención del suicidio desde el momento del ingreso o si se detecta un riesgo.

Las mejores prácticas para prevenir los suicidios en las cárceles se basan en el desarrollo y documentación de planes integrales con los siguientes elementos:

- *Promoción de la salud.* Programa de actividades divulgativas, de información y de formación psicoeducativa orientadas a la lucha contra el estigma, dirigidas a todo el personal y toda la población penitenciaria.

- *Prevención primaria general.* Actividades dirigidas a potenciar los factores protectores, factores personales como las habilidades en la resolución de problemas y para las relaciones sociales e interpersonales, a mejorar la autoestima y confianza en uno mismo; factores familiares, facilitando la comunicación y el apoyo familiar; factores sociales, con la integración social, mejorando el clima con estrategias efectivas para minimizar la intimidación; factores medioambientales, como la restricción a métodos letales (68).

* *Detección:* Un programa de capacitación (y actualización) para el personal penitenciario y quienes proveen asistencia sanitaria (salud mental y atención primaria) en el centro penitenciario que ayude a la detección precoz de reclusos con riesgo suicida y sea adecuado a quien esté en crisis suicida. Con mecanismos para mantener la comunicación y coordinación entre los miembros del personal sobre los reclusos de alto riesgo o con tentativas previas de suicidio.

Procedimientos para evaluar sistemáticamente a los reclusos a su llegada al establecimiento y seguimiento durante su estancia para identificar factores de vulnerabilidad en quienes puedan estar en alto riesgo, con registro en la historia clínica de la evaluación del riesgo de suicidio.

Prestar atención al medio ambiente de la prisión (actividad, seguridad, cultura y relaciones entre el personal y los presos). La calidad del clima social es crucial para minimizar las conductas suicidas. Aunque las prisiones no sean ambientes libres de estrés, sus gestores pueden promulgar estrategias efectivas para minimizar la intimidación y otros tipos de violencia institucional, además de favorecer la mejora de las relaciones entre los presos y el personal.

* *Evaluación:* Una evaluación por parte de los servicios sanitarios en todos los casos en los que se detecte un riesgo de suicidio para determinar el grado de riesgo e iniciar el plan de intervención. Corresponde al médico de atención primaria, con la colaboración de salud mental cuando lo precise.

- *Plan de intervención.* Elaboración de un plan de actuación que implique a los servicios sanitarios, de rehabilitación y de interior, detallando las intervenciones médicas y psicosociales a realizar y su seguimiento. Contar con mecanismos de observación continuada en situaciones de riesgo agudo.

Las personas que presentan trastornos mentales deben recibir una atención adecuada y equitativa a la que recibirían en la red convencional.

Favorecer la autoestima, la capacidad de hacer frente a los problemas propios y promover iniciativas orientadas a una mayor participación e integración en el entorno familiar y social a su salida de la cárcel.

Procedimientos escritos que describan los requisitos mínimos para alojar a los reclusos de alto riesgo; suministro de apoyo social, exámenes visuales de rutina y observación constante para detectar a los reclusos agudamente suicidas. El uso apropiado de dispositivos de contención como un último recurso para evitar el acto suicida.

Los reclusos con trastornos mentales que necesitan de adecuada detección, diagnóstico y tratamiento deben recibirlos (intervenciones farmacológicas o psicosociales) y deben mantenerse bajo estricta observación.

Desarrollo de recursos sanitarios o enlaces internos suficientes con los servicios externos de salud mental apoyados en la comunidad para garantizar el acceso al personal de salud mental cuando se requiera mayor evaluación y tratamiento.

- *Postvención.* Actuaciones para minimizar el impacto del suicidio. Espacios e intervenciones de soporte dirigidos a los internos que han presenciado el suceso o que mantenían una relación estrecha, así como hacia los profesionales de prisiones que han intervenido en el entorno próximo. Información a la familia y personas próximas, facilitando el contacto con asociaciones y recursos de apoyo de la red comunitaria.

Análisis de los suicidios consumados, estableciendo procedimientos de recogida y estudio de la información relacionada, para identificar e implementar acciones de mejora en las diferentes áreas de la institución. Estrategias para rendir información sobre la ocurrencia de un suicidio con el fin de identificar las formas de mejorar la detección, monitoreo y manejo del suicidio.

- *Continuidad asistencial.* Coordinación entre instituciones de la red sanitaria pública, la de justicia y la penitenciaria, con procedimientos para garantizar la continuidad de cuidados y la seguridad tanto a la entrada como durante la estancia y a la salida de prisión en situaciones diversas: libertad programada o no, traslado de centro, salida autorizada, terapéutica u otras.

Una consideración final: aunque no tenemos la capacidad para predecir si una persona privada de libertad tendrá un intento suicida o cometerá suicidio, sí afirmamos que las respuestas al modelo no pueden ser solo sanitarias, aunque estén presentes. Las alteraciones del aislamiento y otras dificultades del centro penitencia-

rio han de ofrecer otras opciones no penales y no sanitarias. Una mejor orientación de la rehabilitación hacia aspectos sociales vinculados a la vida cotidiana exige cambios desde las Juntas de Tratamiento de los centros penitenciarios, con opciones no medicalizadas en el itinerario de inserción.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Álvaro P, López-Santín JM, Molins F, López J, Izquierdo C, Matías A, et al. Trauma, suicidio y vulnerabilidad. Enseñanzas de la pandemia. Norte de salud mental 2022;18(66): 86-95.
- (2) Organización Mundial de la Salud, OMS. Prevención del suicidio. 1969. Disponible en: <https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/documentaci%C3%B3n-oms-sobre-conducta-suicida/>
- (3) Organización Mundial de la Salud, OMS. Figures and facts about suicide. Ginebra, 1999.
- (4) Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. 2015. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_vol1_compl.pdf
- (5) Comunidad de Madrid. Guía para la detección y prevención de la conducta suicida. Dirigida a profesionales sanitarios y facilitadores sociales. Madrid, 2014.
- (6) Organización Panamericana de la Salud, OPS/ Organización Mundial de la Salud, OMS. Plan de acción sobre salud mental 2015-2020. Washington, D.C., 2014.
- (7) Organización Mundial de la Salud, OMS. Suicidios: datos y cifras, 2018. Disponible en: <https://bit.ly/2Hdc1vE>
- (8) Organización Mundial de la Salud, OMS. Informe sobre la prevención del suicidio “Preventing suicide: a global imperative”, 2014. Disponible en: <https://bit.ly/1t3hxUw>
- (9) Organización Mundial de la Salud, OMS. Prevención del suicidio. Un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. Ginebra, 2000.
- (10) Organización Mundial de la Salud, OMS. Informe Suicide worldwide in 2019. Ginebra, 2020.
- (11) Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses. Epidemiología y toxicología de las muertes por suicidio en España. Memoria 2019. Madrid: Ministerio de Justicia, 2021.
- (12) Agencia Estatal. Boletín Oficial del Estado. Constitución Española. Madrid: Publicaciones de la Administración General del Estado, 1978.
- (13) Illana I, Thomas H. Propuesta de un programa de prevención del suicidio en la cárcel. Behav Law J. 2021; 7(1): 23-34.
- (14) Blanco C. El suicidio en España. Respuesta institucional y social. Revista de Ciencias Sociales, OS-FCS, 2020; 33(46): 79-106.
- (15) Pérez Barrero SA, Guerra Plaza J, Haranburu M. Prevención del suicidio, consideraciones para la sociedad y técnicas para emergencias. Servicio de Publicaciones de la Universidad del País Vasco/EHU, 2014.
- (16) Ruiz-Pérez I, Olry de Labry A. El suicidio en la España de hoy. Gaceta Sanitaria, 2006; 20 (S1): 25-31.
- (17) Jenkins R, Bhugra D, Meltzer H, Singleton N, Bebbington P, Brugha T, et al. Psychiatric and social aspects of suicidal behaviour in prisons. Psychol Med. 2005; 35: 257-269.
- (18) Instituto Nacional de Estadística, INE. Cifras del suicidio en España, en datos y estadísticas. Datos actualizados el 9 de diciembre de 2021. Europa Press.

- (19) Giner L, Guija JA. Número de suicidios en España: diferencias entre los datos del Instituto Nacional de Estadística y los aportados por los Institutos de Medicina Legal. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental* 2014; 7(3): 139-146.
- (20) CIE-10-ES. Clasificación Internacional de Enfermedades -10ª Revisión, Modificación clínica, 1ª Ed. The National Center for Health Statistics (NHCS), 2016.
- (21) Organización Mundial de la Salud, OMS. Suicidio. Copenhagen, 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- (22) Dirección General de la Unión Europea. Eurostat: estadísticas europeas. Tasas de suicidio UE. Luxemburgo, 2015.
- (23) Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP). Informe epidemiológico sobre mortalidad en instituciones penitenciarias, 2012. Madrid: Ministerio del Interior, 2013.
- (24) Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP). Informe General 2019. Madrid: Ministerio del Interior, 2020.
- (25) Zabala Baños MC. Prevalencia de trastornos mentales en prisión: análisis de la relación con delitos y reincidencia. Tesis. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología, 2016.
- (26) Bedoya A, Martínez-Carpio PA, Humet V, Leal MJ, Lleopart N. Incidencia del suicidio en las prisiones de Cataluña: análisis descriptivo y comparado. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria* 2009; 11: 37-41.
- (27) Baxter D, Appleby L. Case register study of suicide risk in mental disorders. *Br J Psychiatry* 1999; 175: 322-326.
- (28) Vicens E, Tort V, Dueñas RM, Muro A, Pérez-Arnau F, Arroyo JM, et al. The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Criminal Behav Ment Health*. 2011; 5: 321-332.
- (29) Saavedra J, López M. Riesgo de suicidio de hombres internos con condena en centros penitenciarios. *Rev. de Psiquiatría y Salud Mental* 2013; 8(4): 224-231.
- (30) Defensor del Pueblo. Informe anual 2020 sobre los centros penitenciarios. Madrid, 2021.
- (31) Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP). Informe epidemiológico sobre mortalidad en instituciones penitenciarias, 2019. Madrid: Ministerio del Interior, 2020.
- (32) Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Encuesta sobre salud y consumo de drogas en internados en instituciones penitenciarias. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016.
- (33) Gutiérrez C. El ingreso del interno en prisión y su clasificación penitenciaria. En: Clemente M, Núñez J (eds.) *Psicología jurídica penitenciaria*. Vol. I. Madrid: Fundación Universidad-Empresa, 1997; pp. 221-244.
- (34) Organización Mundial de la Salud and International Association for Suicide Prevention (IASP). Preventing suicide in jails and prisons. Ginebra: OMS, Dpto. de Salud Mental y Abuso de Sustancias, 2007.
- (35) Negro L, Melis F, Herrero O. Factores de riesgo de la conducta suicida en internos con trastorno mental grave. Colección: Premios Victoria Kent Año 2010. Madrid: Ministerio del Interior, Secretaría General Técnica, 2011.

- (36) Fazel S, Ramesh T, Hawton K. Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. *Lancet Psychiatry* 2017; 4(12): 946-952.
- (37) Snow L, Paton J, Oram C, Teers R. Self-inflicted deaths during 2001: an analysis of trends. *Br J Forensic Practice*, 2002; 4(4): 3-17.
- (38) García-Guerrero J, Vera-Remartínez EJ, Planelles Ramos VM. Causas y tendencia de la mortalidad en una prisión española (1994-2009). *Rev Esp Salud Pública* 2011; 85: 245-255.
- (39) Blaauw E, Kerkhof AJF, Hayes LM. Demographic, criminal, and psychiatric factors related to inmate suicide. *Suicide Life-Threat Behav.* 2005; 35(1): 63-75.
- (40) Barrios LF. El suicidio en instituciones penitenciarias: I. Responsabilidad institucional. *Rev Esp Sanid Penit.* 2001;3: 118-127.
- (41) González Ramírez S, Sánchez Garduño M, Vargas Reyes Y, Zenteno Contreras M. Riesgo suicida en población penitenciaria. México: UAEM Ecatepec, 2013.
- (42) Frottier P, Fruehwald S, Ritter K, Eher R, Schwaerzler J, Bauer P. Jailhouse Blues revisited. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002;37: 68-73.
- (43) Paton J, Jenkins R. Suicide and suicide attempts in prisons. En: Hawton K. *Prevention and treatment of suicidal behaviour: from science to practice.* Oxford: University Press, 2005; pp. 307-34.
- (44) Liebling A. The role of the prison environment in prison suicide and prisoner distress. En: Dear GE. *Preventing suicide and other self-harm in prison.* Basingstoke (UK): Palgrave-Macmillan, 2006; pp. 16-28.
- (45) Hayes L. Juvenile suicide in confinement in the United States: results from a national survey. *Crisis.* 2005;26(3): 146-148.
- (46) Winkler GE. Assessing and responding to suicidal jail inmates. *Community Ment Health J.* 1992; 28(4): 317-326.
- (47) Metzner JL. Class action litigation in correctional psychiatry. *J Am Acad Psychiatry Law,* 2002;30: 19-29.
- (48) Organización Mundial de la Salud. Preventing suicide: A resource for prison officers, 2000. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/en/60.pdf
- (49) Wasserman G, McReynolds L. Suicide risk at juvenile justice intake. *Suicide Life-Threat Behav.* 2006;36(2): 239-49.
- (50) Nicholls TL, Lee Z, Corrado RR, Ogloff RP. Women inmates mental health needs: evidence of the validity of the Jail Screening Assessment Tool (JSAT). *Int J Forensic Ment Health,* 2004;3(2):167-184.
- (51) Lohner J, Konrad N. Risk factors for self-injurious behaviour in custody: problems of definition and prediction. *Int J Prison Health* 2007;3(2):135-161
- (52) Fazel S, Cartwright J, Norman-Nott A, Hawton K. Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry* 2008;69(11): 1721-31.
- (53) Martínez Lirola M, Jiménez Bautista F. La realidad de las mujeres inmigrantes en las prisiones españolas a través de su discurso: ejemplos de violencia, marginación y reinserción frustrada. *Rev. Nuevas Tendencias en Antropología,* 2015; 6: 1-20.
- (54) Way BB, Miraglia R, Sawyer DA, Beer R, Eddy J. Factors related to suicide in New York state prisons. *Int J Law Psychiatry* 2005; 28(3): 207-221.

- (55) Zhong S, Senior M, Yu R, Perry A, Hawton K, Shaw J, Fazel S. Risk factors for suicide in prisons: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2021; 6(3): 164-174.
- (56) Favril L, Yu R, Hawton K, Fazel S. Risk factors for self-harm in prison: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2020; 7: 682–91.
- (57) Baggio S, Gétaz L, Toan Tran N, Peigné N, Chacowry Pala K, Golay D, et al. Association of overcrowding and turnover with self-harm in a Swiss pre-trial prison. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15: 601.
- (58) Daigle MS. MMPI inmate profiles: Suicide completers, suicide attempters, and non-suicidal controls. *Behav Sci Law*. 2004;22(6): 833-842.
- (59) Hayes L. Suicide prevention on correctional facilities: An overview. En: Puisis M. *Clinical practice in correctional medicine*. Philadelphia (PA): Mosby-Elsevier, 2006; pp. 317-328.
- (60) Metzner J, Hayes L. Suicide prevention in jails and prisons. En: Simon R, Hales R. *Textbook of suicide assessment and management*. Washington (DC): American Psychiatric Publishing, 2006; pp. 139-155.
- (61) McAuliffe C, Corcoran P, Keeley HS, Arensman E, Bille-Brahe U, de Leo D, et al. Problem-solving ability and repetition of deliberate self-harm: A multicentre study. *Psychol Med*. 2006;36(1):45-55.
- (62) Fleischmann A, Bertolote JM, Wasserman D, De Leo D, Bolhari J, Botega NJ, et al. Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: A randomized controlled trial in five countries. *Bull World Health Organ*. 2008; 86(9): 703-709.
- (63) Dahle KP, Lohner J, Konrad N. Suicide prevention in penal institutions: Validation and optimization of a screening tool for early identification of high-risk inmates in pretrial detention. *Int J Forensic Ment Health*. 2005;4(1): 53-62.
- (64) Mills JF, Kroner DG. Screening for suicide risk factors in prison inmates: Evaluating the efficiency of the Depression, Hopelessness and Suicide Screening Form (DHS). *Leg Criminol Psychol*. 2005;10(1): 1-12.
- (65) Blaauw E, Kerkhof FM, Hayes LM. Demographic, criminal, and psychiatric factors related to inmate suicide. *Suicide Life Threat Behav*. 2005; 35: 63-74.
- (66) Daniel AE. Preventing suicide in prison: A collaborative responsibility of administrative, custodial and clinical staff. *J Am Acad Psychiatry Law* 2006; 34(2): 165-175.
- (67) Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Instrucción 5/2014. Programa marco de prevención de suicidios. Madrid: Ministerio del Interior, 2014.
- (68) Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.

Salud mental y prisión, difícil encaje

Mental health and prison, a difficult fit

JAVIER PALLARÉS NEILA^a, ISABEL UTRERA CANALEJO^b

a) Director del Servicio de Ámbito Penitenciario de Fundación Manantial.

b) Trabajadora social.

Correspondencia: Javier Pallarés (sap@fundacionmanantial.org)

Recibido: 15/03/2022; aceptado con modificaciones: 29/04/2022

Resumen: Hace trece años se publicaron los datos preliminares del estudio PreCa, en el que se ponía de manifiesto la alta prevalencia de personas con enfermedad mental en las cárceles españolas. Desde la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, con la colaboración de las Entidades del Tercer Sector de Acción Social, se pusieron en marcha programas específicos para la atención de este colectivo. Sin embargo, según datos ofrecidos por la dirección de las prisiones, el problema parece persistir, ofreciendo los autores diversas sugerencias que podrían orientar nuevas acciones.

Palabras clave: salud mental, prisión, discapacidad, Tercer Sector de Acción Social.

Abstract: Thirteen years ago preliminary data from the PreCa study, which showed the high prevalence of people with mental illness in Spanish prisons, were published. From the General Directorate of Penitentiary Institutions, with the collaboration of the Entities of the Third Sector of Social Action, specific programs were launched to care for this group. However, as, according to data provided by the prison administration, the problem seems to persist, several suggestions that could guide new actions are offered by the authors.

Key words: mental health, prison, disability, Social Action Third Sector.

HAN PASADO YA TRECE AÑOS desde que se publicaron los primeros resultados epidemiológicos del estudio PreCa (Prevalencia de Trastornos Mentales en Cárceles) (1), en el que parecía confirmarse una realidad que tres años antes había sido denunciada por la Dirección General de Instituciones Penitenciarias: la alta prevalencia de los trastornos mentales en las cárceles españolas.

Ciertamente, el dato no debería sorprender a aquellos que ven más ligada la salud mental a los condicionantes sociales que a los biológicos; en un medio tan iatrogénico como una cárcel, no es de extrañar que proliferen los problemas de salud mental. En cualquier caso y pese a la provisionalidad de los datos, en esta nueva “modernidad líquida” de los ciento cuarenta caracteres, la llamada funcionó, poniendo en el centro del debate una problemática real y de necesaria atención.

Desde entonces, algunas entidades, como la Fundación Manantial, pusieron en marcha planes, programas y servicios para atender a este sector de la población penitenciaria, promoviendo no solo espacios de rehabilitación y cuidado dentro de los centros penitenciarios, sino haciendo hincapié en el hecho de que cualquier medida no sería suficiente sin atender también al “antes”, a los condicionantes que alimentan los centros penitenciarios de personas con problemas de salud mental, y al “después”, a la reinserción social, mantra constitucional del que se hacía caso omiso en relación con estas personas dados los graves prejuicios a los que la sociedad los somete.

Pero es meritorio reconocer que también la institución penitenciaria dio un paso al frente creando el Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios (PAIEM). Y lo hizo, siguiendo los postulados de dichas entidades sociales, con un triple objetivo:

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

Con posterioridad, en el año 2012, el PAIEM se extendió a los centros penitenciarios del llamado “medio abierto”, a los Centros de Inserción Social (CIS), en la modalidad de “Programa de Unidades Puente”, para facilitar los procesos de reinserción en la comunidad de las personas con enfermedad mental grave que se encuentran cumpliendo condena en la modalidad de régimen abierto y libertad condicional.

El PAIEM se vería renovado en el año 2013 y en el año 2017. El Programa Puente se adaptó a determinadas singularidades con el programa denominado “Puente extendido”, configurado como un “programa de intervención psicosocial

dirigido a personas que cumplan penas o medidas alternativas (trabajos en beneficio de la comunidad y/o reglas de conducta) y padezcan un trastorno mental grave” (2).

El PAIEM es mérito de la institución, significado por la existencia de los 67 equipos multidisciplinares que se han logrado constituir en los 67 centros penitenciarios y en los que han participado 3.102 internos (3). Es un indudable éxito de la institución y de las entidades sociales que participan en el programa y forman parte de esos equipos. Pero el reconocimiento no debe llevar a la complacencia, ya que subsisten hoy las mismas circunstancias anteriormente advertidas y que dieron origen a estos programas.

Corroborado por la Encuesta sobre Salud y Consumo de Drogas en Internados en Instituciones Penitenciarias (4), la institución reconoce (3) que durante el año 2019 se produjeron 19.572 ingresos en las camas de enfermería de los centros penitenciarios, de los cuales 8.145 fueron motivados por patología psiquiátrica (41,6%); que las consultas de psiquiatría suponen el 16% de la totalidad de consultas de todas las especialidades; que el 27,9% de los internos refiere que está actualmente en tratamiento con medicación psiquiátrica, y que el 21,3% de los internos refiere que ha intentado alguna vez quitarse la vida. Estas cifras están muy lejos de indicar una resolución del problema y apuntan a la necesidad de renovar, de mejorar e incrementar la atención a un problema que no solo no se resuelve, sino que no deja de aumentar: ¿por qué?

Trabajamos desde la paradoja de luchar contra el estigma de las personas con problemas de salud mental, desde el tribunal y la cárcel, doble marca o señal que persigue a la persona y es muy difícil de combatir. La reeducación y la reinserción social, principios constitucionales rectores del cumplimiento de las penas y medidas de seguridad, colisionan frecuentemente con la exigencia de un estricto respeto a la normativa interna en los centros penitenciarios, lo que hace muy complicado que ese mandato constitucional pueda cumplirse teniendo en cuenta la rigidez en la que se desarrolla la vida en prisión, donde se prioriza la adaptación al medio por encima de las necesidades individuales y el tratamiento terapéutico en los procesos de reinserción.

Los centros de reclusión contienen una realidad compleja donde se encuentran normas explícitas e implícitas que, aunque coexisten, no siempre coinciden y, en ocasiones, se contradicen, lo que dificulta la adaptación al medio y la coherencia de los procesos de reinserción, que, en muchos casos, dan lugar a procesos de despersonalización, con el riesgo de producir una pérdida de identidad y de identificación, que habitualmente derivan en un rechazo al sistema penitenciario.

Si ponemos la atención en la salud mental, el afrontamiento del contexto carcelario se hace aún más penoso, poniendo en juego la fragilidad de las personas con problemas de salud mental, en las que, de forma generalizada, se observa una

exacerbación de sus signos externos que tiene que ver, fundamentalmente, con el choque emocional que significa el ingreso en prisión, momento en el que también se favorece el debut del trastorno si este aún no se había mostrado.

Durante la reclusión, la compleja organización de la vida, presidida por el control y la disciplina, con horarios rígidos, con restricciones de todo tipo y una convivencia forzada, en la que predomina la monotonía, el aislamiento emocional y la frustración, hace muy difícil la construcción de espacios terapéuticos adecuados para el tratamiento de la salud mental.

El trabajo que se lleva a cabo por el equipo PAIEM solo se ve reforzado con medidas farmacológicas, dada la secular insuficiencia de personal especializado, psicólogos, psiquiatras y terapeutas ocupacionales, motivado por la demora de la transferencia de competencias de sanidad a las comunidades autónomas, prevista en la Ley de Cohesión del Sistema Nacional de Salud de 2003, garantizando así una equivalencia en las prestaciones con las oportunidades de tratamiento que tiene la población general.

Bajo esta dinámica, los centros de cumplimiento se convierten en el “no lugar” que Marc Augé definió como “espacios circunstanciales que no personalizan ni aportan a la identidad porque no es fácil interiorizar sus componentes” (5), de tal forma que cuando se produce el paso al espacio social, ya sea durante permisos penitenciarios, con el traslado al medio abierto o tras finalizar el cumplimiento de la pena, la persona se encuentra sin herramientas adecuadas que no ha podido adquirir durante el proceso carcelario, a lo que, en ocasiones, se añade la pérdida de herramientas propias que se han ido sustituyendo por otras más idóneas para adaptarse al medio penitenciario.

Por ello es tan importante el desarrollo de ese tercer objetivo del PAIEM y que se dirige a hacer efectiva la reincorporación social del penado. No se trata de que falten recursos, lo que se necesita es el apoyo institucional decidido y continuo a las entidades sociales que trabajan con este colectivo, dejando de confundir el trabajo profesional y necesariamente remunerado llevado a cabo, dentro y fuera de los centros penitenciarios, por las Entidades del Tercer Sector de Acción Social con el trabajo solidario, libre y sin contraprestación realizado a través de las entidades de voluntariado.

En referencia a las medidas de seguridad, el internamiento “para tratamiento médico” previsto en el artículo 101 del Código Penal sigue sin cumplirse en el “establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica” que exige dicho precepto. A las personas absueltas del delito por razón de su inimputabilidad se las traslada a alguno de los dos Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios (HPP) que existen en España (con excepción de la Comunidad Autónoma de Cataluña), donde prevalece el régimen penitenciario frente al rehabilitador y cuyo entorno y diseño

carcelario no es propicio para un enfoque verdaderamente terapéutico, como denunció el Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y Tratos o Penas Inhumanas o Degradantes al Gobierno español en la visita realizada en septiembre del 2020 (6).

El panorama muestra claramente la necesidad de recoger la experiencia acumulada estos años y de abordar con renovado interés la situación de las personas con problemas de salud mental en el ámbito penal y penitenciario, para lo cual ofrecemos algunas sugerencias:

- La aplicación supletoria de la figura del “facilitador”, reconocida en el artículo 7 bis de la Ley de Enjuiciamiento Civil, de forma que se realicen las adaptaciones y ajustes que sean necesarios para garantizar la participación de las personas con sufrimiento psíquico en el proceso penal en condiciones de igualdad con el resto de ciudadanos.
- Reconocer e intensificar el proceso de mediación comunitaria como herramienta básica para la vinculación de la persona que está en prisión con los servicios comunitarios, con la familia, otros grupos o personas significativas y con el empleo. La mediación comunitaria reconoce la importancia de la estructura social y sirve para asegurar soportes básicos en el proceso de reincorporación a la comunidad tras un periodo de privación de libertad en el que, de forma abrupta, se produce una desconexión con el medio comunitario.
- Fomentar y sostener una red de alojamientos temporales para posibilitar las salidas, el disfrute de permisos y avalar la progresión penitenciaria al medio abierto y a la libertad condicional, previo imprescindible para que, una vez que el *íter* penitenciario lo permita, la persona pueda transitar de forma natural a los recursos sociales y sanitarios existentes.
- Desarrollar una estrategia de lucha contra el estigma en este colectivo, ya que este interrumpe el diseño y la consolidación de los programas de inserción laboral, cortocircuita su reinserción y perpetúa su exclusión social.
- Cumplir lo dispuesto en la Disposición adicional sexta de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, de forma que los servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias sean transferidos a las comunidades autónomas para su plena integración en los correspondientes servicios autonómicos de salud.
- Abordar desde el marco de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad el sistema de inimputabilidad penal, de forma que en el cumplimiento de las medidas de seguridad predomine el carácter terapéutico y rehabilitador.
- Promover una reforma legislativa para que el cumplimiento de las medidas de internamiento se realice en centros integrados en la red pública sanitaria

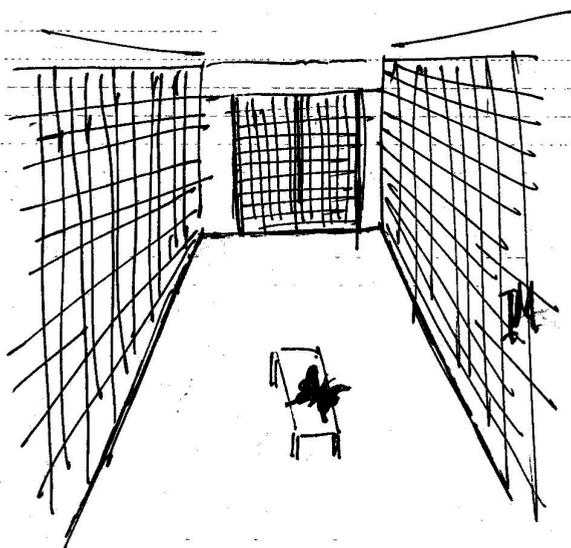
y en la comunidad autónoma correspondiente al domicilio de la persona; única forma de respetar los principios de territorialidad, integración con los servicios sociosanitarios y continuidad de cuidados.

- Diseñar y promover programas de intervención que tengan por objeto a las mujeres, cuya situación de deterioro de su salud mental, vulnerabilidad y acoso es muy superior a la de los hombres.

Sugerencias que son formuladas como acciones múltiples, que recaen bajo la responsabilidad de diversos actores, no solo públicos, como corresponde a la necesidad de abordar un problema multifactorial que solo podrá ser resuelto con éxito desde una perspectiva holística.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Grupo PRECA. Informe Prevalencia de trastornos mentales en centros penitenciarios españoles (Estudio PRECA). Barcelona, 2011.
- (2) Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP). Programa marco para la atención integral a enfermos mentales (PAIEM) en centros penitenciarios. Madrid: Ministerio del Interior, 2017.
- (3) Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP). Informe general de instituciones penitenciarias. Madrid: Ministerio del Interior, 2019.
- (4) Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta sobre salud y consumo de drogas en internados en instituciones penitenciarias, ESDIP. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016.
- (5) Augé M. Los no lugares. Espacio del anonimato: una antropología de la sobremodernidad. Barcelona: Gedisa Editorial, 2017.
- (6) Comité Europeo para la Prevención de la Tortura y Tratos o Penas Inhumanas o Degradantes (CPT). Informe al Gobierno español sobre la visita a España realizada por el Comité. Estrasburgo, 2020. Disponible en: <https://rm.coe.int/1680a47a78>



Medidas de seguridad, una reflexión desde la práctica clínica

Compulsory treatment orders, a reflection from a clinical perspective

INÉS MORÁN-SÁNCHEZ^a, SILVESTRE MARTÍNEZ BENÍTEZ^b

a) Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Cartagena (Murcia).

b) Psiquiatra. Coordinador del Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario. Área VII. Murcia

Correspondencia: Inés Morán Sánchez (ines.moran@carm.es)

Recibido: 09/03/2022 ; aceptado: 29/04/2022

Resumen: Las medidas de seguridad son medidas de tratamiento obligatorio en régimen ambulatorio o de internamiento que se imponen vía judicial a personas diagnosticadas de alguna patología mental que cometen un delito sin ser plenamente libres y responsables en el momento de la acción delictiva. Exponemos la experiencia práctica de profesionales de distintos dispositivos sanitarios a donde remiten a los pacientes que son penados y tienen que cumplir una medida de seguridad. Reflexionaremos sobre sus posibles efectos en la evolución clínica, las posibles estrategias que se podrían utilizar para que no se tuvieran que llegar a emplear y la necesidad de coordinación con el sistema judicial.

Palabras clave: tratamiento psiquiátrico involuntario, aplicación de la ley, servicios de salud mental, trastornos mentales graves.

Abstract: Compulsory treatment orders are compulsory outpatient or inpatient treatment orders that are judicially imposed on persons diagnosed with a mental disorder who commit a crime without being fully free and responsible at the time of the criminal action. We present the practical experience of professionals from different health facilities that work with patients who are convicted and must follow a compulsory treatment order. We

argue their possible effects on their clinical evolution, the possible strategies that could be used to reduce them and the need for coordination with the judicial system.

Key words: Involuntary Psychiatric Order, law enforcement, mental health services, severe mental disorders.

INTRODUCCIÓN

LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD SON medidas de tratamiento obligatorio en régimen ambulatorio o de internamiento que se imponen vía judicial a personas diagnosticadas de un trastorno mental grave (en adelante, TMG) o trastorno por consumo de sustancias cuando cometen un delito en el que se considera que no son plenamente responsables en el momento de la acción (1). El Tratamiento Ambulatorio Involuntario (TAI) consiste en aplicar de forma preventiva o alternativa al ingreso hospitalario un tratamiento obligatorio en la comunidad en varios supuestos clínicos a instancias de distintos estamentos (2). Se trata de una medida controvertida (3) que no existe como tal en nuestro país y que se ha intentado regular en varias ocasiones, siendo imposible su tramitación final ante la falta de consenso (2,4,5). Desde este artículo no pretendemos abordar la polémica de una posible implantación del TAI ni dar solución al delicado problema ético que subyace a las medidas involuntarias de tratamiento psiquiátrico en España, algo que ya ha sido ampliamente debatido (2). Nuestro objetivo es transmitir una reflexión desde la práctica clínica ante la tesitura de pacientes que cometen delitos y son penados y llegan a nuestros dispositivos para recibir una medida de seguridad de tratamiento interpuesta por vía judicial. Por lo tanto, las conclusiones alcanzadas desde este enfoque cualitativo se basan en percepciones subjetivas y provienen de series de casos pequeñas, con lo que tenemos que remarcar las dificultades para su generalización y extrapolación a otros ámbitos. Reflexionaremos sobre los posibles efectos de las medidas de seguridad en la evolución clínica, las posibles estrategias que se podrían utilizar para que no se tuvieran que emplear y la necesidad de colaboración con el mundo judicial. Expone-mos los puntos de vista de profesionales que tienen experiencia práctica en este tipo de medidas y dan su visión desde distintos dispositivos sanitarios.

MARCO LEGISLATIVO RELACIONADO

Hacemos un breve repaso del marco legal actual relacionado para saber en qué encuadre nos movemos (5). Nos movemos en el campo de pacientes con un TMG que son juzgados por un delito del que los eximen de responsabilidad y les interpo-

nen la medida de seguridad. No hablamos de medidas preventivas propuestas por profesionales ni a instancias de familiares, que son las que se han intentado regular sin éxito. Lo primero que habría que preguntarse es por la necesidad de una legislación específica para las personas con enfermedad mental que delinquen. Por ponernos en situación, la mayor cohorte de seguimiento de 20 años de más de doscientas cincuenta mil personas con patología mental publicada en el *Journal of the American Medical Association* (JAMA) en 2020 concluye que el riesgo de sufrir o perpetrar violencia era 3-4 veces mayor en los pacientes que en los más de dos millones de controles sin patología psiquiátrica (6). Dentro de los diagnósticos estudiados en ese artículo los trastornos de personalidad y los trastornos por alcohol y uso de otras sustancias fueron los que tuvieron mayor probabilidad de ser víctimas o perpetradores de delitos. Salvando las dificultades para la extrapolación a nuestro medio y la posible infraestimación del papel de víctima en el estudio (7), se trasluce una relación entre un diagnóstico psiquiátrico y el mundo judicial superior a la de las personas sin diagnóstico. Además de por frecuencia de aparición, la consideración especial en el mundo jurídico ocurre porque, para que alguien sea responsable de un delito, debe tener indemnes las facultades intelectivas y volitivas en el momento de la acción y el ordenamiento jurídico entiende que por motivos psíquicos se puede no ser plenamente libre y responsable en el momento de cometer el delito. La traducción de esta posibilidad se materializa en los artículos 20 y 21 del Código Penal, que hablan de anomalías o alteraciones psíquicas y estados de intoxicación o un síndrome de abstinencia a sustancias como eximentes o atenuantes de responsabilidad penal (8).

Mientras que en distintos países está regulada la figura legal del TAI (9-11), en España se contemplan medidas de tratamiento involuntario en régimen de internamiento o ambulatorio. El internamiento está regulado por el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (pendiente de resolución definitiva al ser declarado inconstitucional (12)), mientras que el TAI no está regulado específicamente como tal. Solo existe la figura de la medida de seguridad en el artículo 96 del Código Penal como una alternativa al ingreso en prisión tras la comisión de un delito cuando la imputabilidad está afectada por una anomalía o alteración psíquica grave, una intoxicación plena o un síndrome de abstinencia a drogas (1). Fuera de este supuesto legal, aquellos dispositivos sanitarios (13) que han aplicado/aplican¹ el TAI se acogen al artículo 7 del Convenio de Oviedo², al artículo 9 de la Ley de Autonomía

¹ Existen experiencias mantenidas en juzgados de San Sebastián, Valencia o Sevilla y experiencias aisladas en Galicia, Asturias o Cataluña.

² La persona que sufra un trastorno mental grave solo podrá ser sometida, sin su consentimiento, a una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno cuando la ausencia de este tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud y a reserva de las condiciones de protección previstas por la ley, que comprendan los procedimientos de supervisión y control, así como los de recurso.

del paciente³ o a las recomendaciones del Consejo de Europa sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales (14). Estas normativas recomiendan aplicar el principio de menor restricción posible en los tratamientos y clarifican las condiciones necesarias para que se puedan ejecutar medidas de tratamiento involuntario (14–16). La efectividad del TAI, al igual que los posicionamientos al respecto, tampoco arrojan resultados uniformes. Algunos autores encuentran mayor efectividad en la reducción del número de reingresos y la duración de los mismos (17,18), aunque la mayoría no encuentran diferencias significativas cuando se comparan con pacientes tratados de forma voluntaria (10,19–21).

MEDIDAS DE SEGURIDAD EN LOS DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS

En el marco de la asistencia a las drogodependencias, la experiencia con las medidas de seguridad es más amplia (22). Son más frecuentes que en pacientes sin adicciones y existe mayor “tradicción judicial” a la hora de interponerlas. Los propios pacientes a veces solicitan venir a dejar muestras de orina en los Centros de Atención a Drogodependencias (CAD) para demostrar su abstinencia y justificar una petición de medida de seguridad en el juicio como alternativa al ingreso en prisión. Aunque es más habitual que la medida sea en régimen de internamiento en centro de deshabitación (esto varía en función de la pena impuesta y las características del delito inicial), la sumisión a medidas de seguridad ambulatorias es relativamente frecuente en la práctica diaria. Los médicos que tratan adicciones resaltan su utilidad en la adherencia al tratamiento en adolescentes con consumo de cannabis que están supervisados por los padres⁴. En el resto de los tóxicos atendidos y en las distintas franjas de edades, la respuesta es más variable. Se logra la abstinencia más mantenida y la adherencia a los tratamientos sobre todo si, además de dejar la muestra de orina, acuden a las revisiones programadas. Los médicos consultados consideran que puede ser una medida útil en algunos casos, y, aunque la motivación para el tratamiento en un principio es claramente externa, constituye una vía de entrada al sistema que les permite su puesta en contacto con otros recursos. Estos resultados son similares a los encontrados por el Servicio Interdisciplinar de Atención a las Drogodependencias de la Comunidad de Madrid, que ha realizado labores de mediación entre los sistemas

³ Las excepciones al consentimiento informado ocurren cuando exista riesgo para la salud pública según lo estipulado por la ley o cuando exista un riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del paciente y no sea posible conseguir su autorización.

⁴ Información obtenida a través de comunicaciones personales con los psiquiatras del CAD de Cartagena.

judicial y sanitario en esa comunidad. En una revisión de más de 11000 sentencias en las que se aplicaba algún eximente o atenuante por patología adictiva, se administraron cuestionarios de opinión a los jueces, fiscales y médicos implicados. Según los servicios sanitarios, la mayor parte de los penados con una medida de seguridad abandonaban en menor medida el tratamiento que el resto de los sujetos, consiguiendo un seguimiento superior a tres meses tras terminar la medida de seguridad y se facilitaba su reinserción social (23).

MEDIDAS DE SEGURIDAD EN LOS SERVICIOS AMBULATORIOS DE SALUD MENTAL

A continuación, relataremos la experiencia y variedad de abordajes que se pueden realizar desde los servicios comunitarios de salud mental, en este caso, un Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (en adelante, ETAC) en su relación directa con la Administración de Justicia. En un ETAC se trata de forma proactiva a personas con TMG desvinculadas de los Centros de Salud Mental (CSM) y con elevada problemática psicosocial asociada, los ingredientes necesarios para que un significativo porcentaje de usuarios del mismo tengan un riesgo mayor de comisión de delitos y otras problemáticas legales, además de una mayor probabilidad de ser víctimas de delitos, aunque no nos detendremos en este supuesto en este artículo.

La experiencia del ETAC de Murcia área VII con respecto a las medidas de seguridad ha sido de diversa índole: por un lado, el seguimiento de medidas propuestas por el juzgado; y por otro, la mediación en su interposición. Esta misma se ha hecho a través de la solicitud de justicia gratuita en muchos casos, la propuesta de medidas alternativas a penas de prisión a abogados y fiscales, y también participando como testigos-peritos en los acompañamientos a los juicios de esos usuarios. Dichas medidas han sido propuestas de la siguiente manera:

1. Seguimientos en CAD: orinas y revisiones. En coordinación con ETAC.
2. Entrada en Comunidades Terapéuticas (en adelante, CT). Bien en el juzgado o en ocasiones se ha propuesto esta medida por el equipo en el Centro de Inserción Social con posterior seguimiento en CAD. Asimismo, en coordinación y con visitas de ETAC en la CT.
3. Seguimientos ambulatorios por el ETAC, es decir, continuar con las visitas que se venían realizando por el equipo.
4. Negociación con el usuario y su abogado de acuerdos intrajuicio que puedan ser de utilidad para mejorar su estado de salud mental.

Además de estas situaciones también se han realizado intervenciones dentro de prisión con la Junta de Tratamiento para proponer tratamientos o solicitudes de entrada a CT. A su vez, el acompañamiento del ETAC a los procesos penales de sus

usuarios, además de dar la oportunidad de proponer medidas de seguridad adecuadas a las necesidades de los mismos, otorga la posibilidad de poder hacer que estos mismos se sientan más cómodos y comprendan la complejidad de estos procesos, a menudo arduos y farragosos incluso para la población general.

En el marco de la asistencia ambulatoria en los CSM, el riesgo superior de ser perpetrador de delitos frente a población general (6) no se refleja en la práctica clínica diaria. Los psiquiatras consultados⁵ tildan su experiencia en las medidas de seguridad ambulatorias como esporádica y aunque la tendencia de su interposición en los últimos años es al alza, el uso de las medidas sigue teniendo un carácter anecdótico (por ejemplo, en el Área de Salud 2 del Servicio Murciano de Salud (SMS), para una población de referencia de 279.000 tarjetas individuales sanitarias (24), el número de medidas de seguridad ambulatorias ha sido inferior a 20 en los dos últimos años). La posible causa de la infrecuente utilización de dichas medidas puede radicar en que se recurra más al internamiento o se utilicen recursos penitenciarios ajenos al sistema sanitario al no valorar ningún eximente o atenuante de responsabilidad penal. Hasta la convocatoria MIR de 2022, la formación de los médicos forenses que peritan en los juzgados corría a cargo exclusivamente del Ministerio de Justicia, del que dependen los Institutos de Medicina Legal (IML) a nivel institucional (25,26). Dicha situación dificultaba la coordinación entre los servicios sanitarios y los IML a la hora de, por ejemplo, compartir información que pudiera facilitar que una persona que comete un delito cuando no es responsable de sus actos cumpla una pena en un recurso que no le corresponde. Las posibles circunstancias que concurren en valoraciones forenses de imputabilidad en situaciones de urgencia, como la premura de tiempo o la dificultad para la comunicación con los profesionales que conocen al paciente y sus circunstancias biopsicosociales, también podrían influir en esta infrautilización de las medidas, derivadas de la no aplicación de los eximentes y atenuantes de responsabilidad penal. Desde el año 2020-2021, se está compartiendo información entre los IML y el SMS a través de la plataforma AGORAPLUS, que da acceso a una parte restringida del historial clínico⁶. El acceso a la información, cuyo beneficio se podrá valorar en años venideros, se realiza cumpliendo con los requerimientos legales vigentes al respecto (16,27).

Al igual que señalábamos que en el campo de las drogodependencias son más ampliamente utilizadas, en los CSM las medidas son de aplicación más ocasional y se dan principalmente en dos tipos de supuestos: pacientes ya conocidos y personas en las que la vía judicial es el primer contacto con el sistema sanitario. En el primer

⁵ Información obtenida a través de comunicaciones personales con los psiquiatras del CSM de Cartagena.

⁶ Información obtenida por comunicación personal con los responsables de los Institutos de Medicina Legal de Murcia y Cartagena.

caso, lo habitual es que la medida de seguridad determine que se mantenga el tratamiento tal y como lo viene recibiendo y no lo abandone durante el tiempo establecido en la sentencia. Puede ocurrir que se proponga una modificación en la modalidad de la atención que se apruebe por vía judicial (por ejemplo, si fuera preciso un internamiento en algún centro o un ingreso hospitalario). Salvo en ese supuesto, hay que emitir los informes periódicos que se determinan en las ejecutorias por el tiempo estipulado en las mismas (28). Nuestra experiencia personal acumulada es que suele haber demora, a veces de años, entre el hecho por el que se juzgó a la persona en el momento de descompensación clínica y la medida de seguridad impuesta. Aplicar otro tipo de medida más restrictiva en régimen de internamiento no tendría sentido clínico y separaría a la persona de su entorno familiar y social. Ante el relato del paciente de la situación por la que va a ser juzgado, podemos establecer con su consentimiento cauces de comunicación con la Administración de Justicia. Esta intercesión puede favorecer en algunos casos que no se interrumpa un tratamiento ya iniciado y se interpongan medidas que alejarían al paciente de su entorno. Hay que tener recursos, voluntad, tiempo y paciencia, pero esta parte de gestión más allá de la consulta ordinaria es muy útil y puede tener unas consecuencias importantes en el futuro de la persona.

Si al comienzo de la ejecución de la sentencia la persona no está en seguimiento, se le indica el centro público donde iniciará el cumplimiento de la medida. Se remite oficio al CSM comunicando las actuaciones practicadas y la necesidad de emitir informes durante un tiempo determinado (normalmente entre 1 y 3 años) con una periodicidad variable (cada 3-6 meses). Nuestra experiencia es que en estos casos el abordaje precisa de intervenciones multidisciplinares, principalmente con Trabajo Social y Enfermería de Salud Mental, al ser pacientes de una gran complejidad psicosocial. La coordinación con los programas de acompañamiento para personas con TMG de organizaciones del Tercer Sector y con las unidades de rehabilitación del área también resulta de extrema utilidad. Se dan factores de riesgo añadidos en la evolución clínica por situaciones de exclusión social, con ausencia de soporte habitacional y unos recursos mínimos para poder vivir con dignidad.

ESTRATEGIAS DE COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

En la Región de Murcia se diseñó en 2012 un Protocolo de Coordinación de Ejecución de Medidas de Seguridad con el fin de establecer canales para la comunicación y coordinación entre los sistemas judicial y sanitario. Intervinieron el Tribunal Superior de Justicia (Secretaría de Gobierno, Decanato de Murcia, Juzgado de Vigilancia Penitenciaria e IML) y, por la parte sanitaria, la Subdirección de Salud Mental y Drogodependencia del SMS (28). Los objetivos de dicha coordinación

eran identificar los recursos sanitarios y sociales disponibles más adecuados para ejecutar la medida impuesta y protocolizar la coordinación de las intervenciones entre ambos sistemas para el seguimiento, incidencias y modificación de la medida inicialmente impuesta. Para conseguir estos objetivos se establecieron unos referentes en cada uno de los ámbitos. En el sistema judicial la referencia era el Servicio Común de Ejecución Penal y Juzgado de Vigilancia Penitenciaria, y dentro del SMS la labor se centralizó en el Hospital Psiquiátrico Román Alberca (29). La aplicación de las medidas ha sido irregular en las distintas áreas sanitarias. En la actualidad, está pendiente la instauración de un nuevo protocolo que reestructure la aplicación de las medidas de seguridad de internamiento y las dirija a las plantas de hospitalización de cada zona sanitaria de referencia⁷.

REFLEXIONES PERSONALES Y PROPUESTAS DE ACTUACIÓN

El ejemplo más paradigmático de poder influir en la vida de alguien que está viviendo en la calle, sin ningún tipo de soporte, sin tratamiento y cometiendo delitos derivados de su situación clínica y que termina viviendo en unas condiciones dignas lo hemos experimentado con algunas de las medidas de seguridad. La utilización coordinada de recursos de la comunidad y el interés y la dedicación mostrada por todas las personas que han trabajado en estas situaciones han hecho posible el cambio. La puerta de entrada al sistema ha sido a través de las medidas de seguridad, y, al menos en estos casos, han servido para el fin que teóricamente están propuestas. Para que estas medidas resulten exitosas, la flexibilidad en las citas y la adaptación a las circunstancias de los pacientes ha de ser máxima (localizar a alguien que vive en la calle y que utiliza recursos municipales para aseo y no dispone de teléfono así lo requiere). Desde el punto de vista personal, son situaciones de mayor complejidad de actuación que las consultas al uso, pero también suponen una gran satisfacción y una oportunidad de aprendizaje. Aprendizaje de los engranajes legales, de conocer y utilizar los recursos del entorno, de poder utilizarlos en otras ocasiones para ayudar a que la situación no desemboque en la comisión del delito y que el enganche al tratamiento no sea por la vía forzada. Para eso hay que tener disposición y trabajar de forma conjunta con los juzgados y con el resto de los recursos. Los interconocimientos y la colaboración con los IML podrían ayudar en las peritaciones, ya que, por ejemplo, una valoración de eximente incompleta en vez de una completa computa a efectos de antecedentes penales e impide el poder acceder al permiso de residencia por razones de enfermedad sobrevenida de carácter grave (30). Con todos

⁷ Información obtenida por comunicación personal con integrantes del grupo de trabajo que elabora la Guía de Coordinación Interinstitucional para la Ejecución de Medidas de Seguridad de Internamiento en la Región de Murcia.

los cambios legales en curso y con tantas parcelas en común, oficializar los cauces oficiosos constituiría una estrategia valiosa para ayudar a los pacientes y que no tuviéramos que hablar de medidas de seguridad porque no hicieran falta o se pudiera reducir su interposición. Además de la coordinación a nivel regional, la puesta en marcha de protocolos en cada área sanitaria que contemplen la coordinación y la utilización de los recursos comunitarios de cada zona sería también de gran utilidad. Esta interrelación entre los mundos penal y de salud mental creemos que constituye una sinergia muy importante cuando se hace de forma coordinada y colaborativa. El avance y fomento de este tipo de trabajo de cooperación entre el mundo legal y el de la salud mental constituye una importante motivación para nosotros en nuestra práctica diaria y es por la que, en último término, escribimos este artículo.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer su colaboración a todas las personas que han compartido su tiempo y sus conocimientos para ayudarnos a elaborar este artículo, así como a todos aquellos con los que trabajamos en la aplicación de las medidas de seguridad.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Artículo 96. Las medidas de seguridad. España: Boletín Oficial del Estado; 1995 p. 36–7.
- (2) Gil BG. Tratamiento ambulatorio involuntario en psiquiatría: una revisión desde la bioética. *Rev Bioética y Derecho* [Internet]. 2013;(29):109–21. [Consultado 15 de marzo 2022] Disponible en: <http://revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/view/8089>
- (3) Moleón Ruiz Á, Fuertes Rocañín J. Opinión de los psiquiatras sobre el tratamiento ambulatorio involuntario. *Rev Esp Sanid Penit.* [Internet]. 2020;22(1):41–8. Disponible en: <http://revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/view/8089>
- (4) Posturas institucionales respecto al TAI. [Consultado 15 de marzo 2022] Disponible en: <https://www.alansaludmental.com/sm-y-ley/tai/posturas-institucionales-sobre-el-tai/>
- (5) Barrios Flores L, GRUPO EUNOMIA. El tratamiento ambulatorio involuntario: perspectiva jurídica. *News Psiquiatr Leg.* 2006;1–41.
- (6) Sariaslan A, Arseneault L, Larsson H, Lichtenstein P, Fazel S. Risk of subjection to violence and perpetration of violence in persons with psychiatric disorders in Sweden. *JAMA Psychiatry.* 2020;77(4):359–67.
- (7) Appelbaum PS. Violent victimization of adult patients with severe mental illness: the data and their limits. *JAMA Psychiatry.* 2020;10:E1–2.
- (8) Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal España. Artículos 20 y 21. Eximentes y atenuantes de responsabilidad criminal. Boletín Oficial del Estado 1995; 6–7.
- (9) Churchill R, Gareth O, Swaran S, Hotopf M. International experiences of using community treatment orders. Londres, 2007. [Consultado 15 de marzo 2022] Disponible en: <http://psychrights.org/research/digest/OutPtCmmtmnt/UKRptonC-TO.pdf>
- (10) Rugkasa J. Effectiveness of community treatment orders: The international evidence. *Can J Psychiatry.* 2016;61(1):15–24.
- (11) Maughan D, Molodynski A, Jorun Rugkåsa B. A systematic review of the effect of community treatment orders on service use. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2014;49(4):651–63.
- (12) Sentencia 132/2010 del Tribunal Constitucional de 2 de diciembre de 2010 por la que se declara inconstitucional parcialmente el artículo 763.1 de la Ley de Enjuiciamiento Civil que regula el Internamiento Involuntario. Boletín Oficial del Estado de 5 de enero de 2011.
- (13) Hernández-Viadel M, Nicolás CC, Calatayud GL, Prieto JFP, Millan RT. Tratamiento ambulatorio involuntario para personas con trastorno mental severo. Resultados de un estudio en la ciudad de Valencia. *Psiquiatr Biol.* 2007;14(1):7–12.
- (14) Recomendación CM/Rec (2009)3 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre seguimiento de la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas que padecen trastornos mentales. [Internet]. Comité de Ministros, 20 de mayo de 2009 en la 1507 reunión de Viceministros. 2009. Disponible en:

https://consaludmental.org/publicaciones/Rec_Consejo_Europa_Dchos_Humanos_SM.pdf

- (15) Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. Artículo 9. Boletín Oficial del Estado, 1999; pp. 36825-36830.
- (16) Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado 274; p. 1-14.
- (17) Segal SP. Protecting health and safety with needed-treatment: the effectiveness of outpatient commitment. *Psychiatr Q.* 2022; 93(1): 55-79.
- (18) Segal SP. The utility of outpatient civil commitment: investigating the evidence. *Int J Law Psychiatry.* 2020;70.
- (19) Hernández-Viadel M, Cañete Nicolás C, Pérez Prieto JF, Lera Calatayud G, Gómez Beneyto M. Evaluación de la eficacia del tratamiento ambulatorio involuntario para reducir la atención hospitalaria. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2010;3(2):50-4.
- (20) Kennedy C. Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; 40(6): 537-8.
- (21) Barnett P, Matthews H, Lloyd-Evans B, Mackay E, Pilling S, Johnson S. Compulsory community treatment to reduce readmission to hospital and increase engagement with community care in people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry* 2018;5(12):1013-22.
- (22) Organización Mundial de la Salud. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Tratamiento y atención de las personas con trastornos relacionados con el consumo de drogas que están en contacto con el sistema de justicia penal. Medidas sustitutivas de la condena o la pena. Ginebra: OMS, 2019; pp. 1-74.
- (23) Gañán Barroso A, Nuevo Gordón B. Las drogodependencias en los sistemas judicial y de tratamiento. Divergencias y puntos de encuentro. *Trastor Adict.* 1999;1(3):205-10.
- (24) Área de Salud 2 de Cartagena. Servicio Murciano de Salud. MurciaSalud. 2022. Disponible en: <https://www.murciasalud.es/pagina.php?id=205645&idsec=4614>
- (25) Orden SND/948/2021, de 8 de septiembre, por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas 2021 para el acceso en el año 2022 a plazas de formación sanitaria especializada. Boletín Oficial del Estado; p. 110491-821.
- (26) Real Decreto 704/2020, de 28 de julio, por el que se establece el acceso al título de médico/a especialista en Medicina Legal y Forense por el sistema de residencia. Boletín Oficial del Estado; pp. 50118-501125.
- (27) Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales. Boletín Oficial del Estado, 2018. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2018/BOE-A-2018-16673-consolidado.pdf>
- (28) Vivancos Gil PA. Medidas de seguridad y salud mental. Situación actual, casuística y aspectos lógicos y operativos en su ejecución. II Jornadas Salud Mental y Jurisdicción Penal. Murcia, 2016.

- (29) De Concepción Salesa A. Medidas privativas de libertad en el ámbito de Salud Mental. II Jornadas Salud Mental y Jurisdicción Penal. Murcia, 2016.
- (30) Autorización residencia temporal por circunstancias excepcionales por razones humanitarias. Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. 2021. En: <https://extranjeros.inclusion.gob.es/es/informacioninteres/informacionprocedimientos/ciudadanosnocomunitarios/hoja039/index.html>



La pena y la cura. Servicios de salud mental en Italia después del cierre de los hospitales psiquiátricos judiciales

Penal conviction and treatment. Mental health services in Italy after the closure of forensic hospitals

ROBERTO MEZZINA

Psiquiatra, ex Director del Departamento de Salud Mental del Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y la Capacitación ASUI Trieste. Presidente de la Red Internacional de Colaboración en Salud Mental. Vicepresidente de la Federación Mundial de Salud Mental (WFMH).

Correspondencia: romezzin@gmail.com

Recibido: 09/03/2022 ; aceptado: 04/05/2022

Resumen: El artículo describe el proceso de reforma que tuvo lugar en Italia con el cierre de los seis hospitales psiquiátricos judiciales del país y su sustitución por pequeñas unidades forenses. El uso de los hospitales judiciales se regía por la exclusión de los juicios de las personas con enfermedades mentales graves que dificultaban el ejercicio de su capacidad, las cuales, si eran declaradas "socialmente peligrosas", eran sometidas a un sistema de "medidas de seguridad". Este cambio significativo, que se llevó a cabo a través de los Ministerios de Salud y de Justicia, y de las Regiones, ocurrió en Italia entre 2011 y 2017, y se entiende como el paso final del proceso de reforma en la atención de la salud mental que comenzó en 1978 y culminó con el cierre completo de todos los hospitales psiquiátricos en 1999.

Las nuevas pequeñas unidades forenses/judiciales, con un número limitado de camas para todo el país, se denominan REMS (Residencias para la Ejecución de Medidas de Seguridad). Están gestionadas por las Regiones y se basan en los principios de orientación

terapéutica y de recuperación, respuesta transitoria y territorial, y responsabilidad de los servicios de salud mental de la comunidad para facilitar el alta. Las formas de aplicación de la ley en lo que respecta a las características de las REMS fueron diversas, por ejemplo, gestión pública o privada, número de camas, política de puertas abiertas, inclusión en los departamentos de salud mental con fines de prevención y provisión de alternativas por parte de los servicios comunitarios de salud mental. Experiencias significativas, como la de Trieste y la región de Friuli Venezia Giulia, interpretan esta reforma en función del papel que desempeñan los servicios públicos de salud mental en la prevención de delitos mediante una respuesta rápida y eficaz a las crisis, estableciendo vías de atención personalizadas y apoyando a sus pacientes dentro de la prisión y en el sistema judicial. Todavía existe un difícil equilibrio con el sistema judicial y penitenciario, que a menudo hace hincapié en el confinamiento y la función "de custodia" en las REMS como novedoso sustituto de los antiguos hospitales judiciales y ejerce una presión constante para ampliar el uso y la disponibilidad de sus camas en cuanto a las medidas de seguridad temporales, incluido el desvío de personas de las prisiones a las REMS.

El riesgo de una reacción contra la reforma ha sido frenado recientemente por la Corte Constitucional, pero persiste un duro debate sobre el futuro de las REMS. Los cambios más radicales y coherentes, según los instrumentos internacionales para la protección de los derechos humanos, solo pueden realizarse con nuevos cambios legislativos, abandonando los conceptos de incapacidad y peligrosidad, que siguen siendo pilares del Código Penal. El artículo ofrece datos generales recientes, prácticas pioneras, observaciones críticas y termina con indicaciones para el cambio en las políticas y las prácticas.

Palabras clave: hospitales forenses, derechos humanos, servicios de salud mental, prisión, legislación, incapacidad, peligrosidad, reforma de la salud mental.

Abstract: The paper describes the process of reform that took place in Italy with the closing of all of the forensic psychiatric hospitals in the country and their replacement with a network of small forensic units. The use of forensic hospitals was ruled by the exclusion from trials of persons with a severe mental illness that hampered their capacity, but, if declared 'socially dangerous', were submitted to a system of 'security measures'. This significant change in Italy occurred between 2011 and 2017, and it was meant as the final step of the reform process in mental healthcare that started in 1978, with the complete closure of all psychiatric hospitals in 1999.

The new small forensic units, with an overall limited number of beds for the whole country, are called REMS (Residences for the Execution of Security Measures). They are managed by Regions and are based on the principles of therapeutic and recovery orientation, transitory and territorial response, and responsibility of community mental health services for facilitating discharge. The ways of implementing the law regarding REMS' features were diverse, e.g., public or private management, number of beds, open door policy, or inclusion in mental health departments aiming at the prevention and provision of alternatives on part

of community mental health services. Some significant experiences were those of Trieste and the region of Friuli Venezia Giulia, which set up personalized pathways of care, supporting their patients within prison and in the judicial system.

There is still a difficult balance with the judicial and prison system, which often emphasizes confinement and the 'custodial' function in REMS as a novel substitute of old forensic hospitals, and makes ongoing pressure for a wider use and availability of their beds, including the diversion of people from prisons to REMS. The Constitutional Court has recently stopped the risk of a reaction against the reform, but there is still a harsh debate about the future of REMS. More radical and coherent changes, according to the CRPD and other international instruments for protection of human rights, can be carried out only with a further legislative change, abandoning the concepts of incapacity and dangerousness, which are still the pillars of the penal code. The article provides recent general data, exemplary practices, and critical observations, and concludes with a series of indications for change in policies and practices.

Key words: forensic hospitals, human rights, mental health services, prison, legislation, incapacity, dangerousness, mental health reform.

UNA “REVOLUCIÓN SUAVE”: EL CIERRE DE LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS JUDICIALES

DESDE EL INICIO DEL PROCESO DE DESINSTITUCIONALIZACIÓN, se ha producido, a nivel internacional, un cambio en las instancias de control y contención de las conductas relacionadas con el sufrimiento psicopatológico, en particular si van acompañadas de desorden social, incluyendo la comisión de delitos penalmente relevantes, dando lugar a otras configuraciones institucionales, pasando de los antiguos asilos judiciales a los servicios “forenses”, que operan tanto dentro como fuera de la prisión. En este campo, se enfrentan y comparan áreas de conocimiento y regulación situadas en diferentes orillas, pero que siempre han contribuido, compartiendo poderes y competencias, a la constitución y normativización del campo “híbrido” de la desviación (1,2): la justicia y, en tiempos históricos mucho más recientes, la psiquiatría siguen siendo disciplinas adyacentes que han tenido que ver con la definición de normas y con el manejo de lo anormal, aunque desde perspectivas y con propósitos completamente diferentes.

En Italia la Ley de Reforma Psiquiátrica número 180, llamada “Ley Basaglia”, se fusionó en la ley número 833 estableciendo el Servicio Nacional de Salud a finales del año 1978 al tiempo que abolía la hospitalización forzosa basada en la “peligrosidad para uno mismo u otros” y vinculaba los tratamientos de salud obligatorios a medidas temporales para proteger la salud. Es sabido que la Ley Basaglia se detuvo

ante el problema de los hospitales psiquiátricos judiciales, medidas de seguridad de “detención” previstas por el Código Penal para personas y pacientes psiquiátricos delincuentes (3). Estas instituciones se establecieron como solución organizativa ante las solicitudes de internamiento externas a la prisión para los presos que se manifestaban y creaban disturbios (Aversa fue el primero en 1876), en una época anterior a la ley de 1904 que establecía oficialmente los asilos civiles, y se utilizaron al amparo del nuevo Código Penal de la era fascista (el llamado Código Rocco de 1930), en relación con la “no imputabilidad” por “enfermedad mental” (total o parcial) en una persona que cometía un delito (4). Si el caso se combinaba con una sentencia de peligro social, formulada sobre la base de un informe pericial psiquiátrico, el “delincuente loco” era excluido, “absuelto” del proceso penal, y sometido a una “medida de seguridad” precisamente en un Hospital Psiquiátrico Judicial (OPG) o en un “hogar de ancianos y custodia”, una medida de cinco y diez años de duración que además era prorrogable. Se trataba por tanto de la llamada “doble vía”, que sancionaba el “estatus especial” en los procesos penales del paciente psiquiátrico hasta el punto de crear una “cadena perpetua blanca” en una institución híbrida, más parecida a una prisión que a un hospital psiquiátrico.

Las primeras críticas a la ley de la reforma señalaron que en los primeros años había habido un aumento de alrededor del 15% en el número de internos en los seis hospitales psiquiátricos judiciales italianos (OPG)¹, pero posteriormente esta cifra se mantuvo estable. Incluso durante un período de veinte años y con eventos alternos, la Ley 180, que a nivel de ley sancionó la abolición del “estatus especial” de la persona con trastorno mental y la devolvió a una condición de ciudadanía plena, se llevó a cabo con el cierre de todos los asilos civiles en 1999. Sin embargo, a pesar de las críticas de la incongruencia con la evolución legislativa consagrada en la Ley 180, por un lado, y de la propia institución, marcada por el atraso y la violación de los derechos constitucionales, por el otro, lo que se denominaron “asilos penales” persistieron. Sentencias posteriores del Tribunal Constitucional (1982, 2003, 2004) promulgaron, sin embargo, que la persistencia de un trastorno y la peligrosidad debían ser evaluadas en el momento de la aplicación de la medida de seguridad, con el consiguiente envío de la persona a un OPG, y finalmente declararon su inconstitucionalidad, mientras que otras medidas -circulares ministeriales- limitaban el envío para la observación desde prisión o para valoración pericial psiquiátrica. Además, terribles escándalos, incluyendo las muertes de personas contenidas (1974), y la visita del Comité para la Prevención de la Tortura y del Trato Inhumano o Degradante (CPT) con el informe al Consejo de Europa que estigmatizó a Italia salpicaron este largo período (5).

Con el decreto de 2008, que promulgó la introducción de un servicio de salud penitenciaria gestionado por el Servicio Nacional de Salud, se inició finalmente un

¹ Cuadro con el significado de las abreviaturas al final del artículo.

proceso de regionalización de los propios OPGs, atendiendo al principio a unos 1400 internos. Sin embargo, el escándalo persistió. Uno de los resultados más tangibles de la Comisión sobre el Estado del Servicio Nacional de Salud (2010) fue la denuncia, documentada visualmente por una película hecha *ad hoc*, del estado miserable y deplorable en el que se encontraban los OPG italianos, lo que provocó un llamamiento del Presidente de la República para una solución rápida y definitiva del problema. Se creó una coordinación nacional de asociaciones de la sociedad civil, llamada StopOPG, que apoyó y apoya el proceso de superación de estas instituciones totales híbridas y arcaicas.

Las disposiciones legislativas y las medidas relacionadas con la superación de los OPG, que se sucedieron desde octubre de 2011 (Decreto-ley 211/2011, convertido en Ley 9/2012) hasta febrero de 2016 y culminaron en la Ley 81 de 30/5/14 “Disposiciones urgentes relativas a la superación de los hospitales psiquiátricos judiciales”, condujeron a la salida definitiva de todas las personas internadas en ellos en mayo de 2017 y su consiguiente cierre. Esta ley, incluyendo el camino que la precedió, determina la finalización del proceso de desinstitucionalización psiquiátrica que comenzó en Italia en los años 70, promulgado por la Ley de Reforma, y ha favorecido lo que se ha definido, a pesar de las contradicciones obvias y los problemas aún no resueltos (6), una verdadera “revolución suave” (7) que ha transformado profundamente el terreno difícil e incierto entre la cura y la sanción. La contribución del Comisionado Parlamentario para la Superación de los OPG, quien produjo informes puntuales semestrales y anuales hasta 2018 (7), documentando y monitoreando el proceso y las nuevas prácticas institucionales, fue fundamental. También está operativo un sistema de monitoreo para el camino de superación del hospital psiquiátrico judicial y la salud mental penitenciaria (SMOP) adoptado por 19 de las 20 Regiones.

LAS NUEVAS ESTRUCTURAS

Los hospitales psiquiátricos judiciales (OPG) se cerraron gracias a la construcción de estructuras residenciales destinadas a superarlos, construidas por cada Región en relación con la “necesidad histórica” de plazas en OPG. Estas estructuras, con un máximo de 20 camas con fines terapéuticos exclusivos, están gestionadas por un equipo multiprofesional. La mayoría de las veces son públicas y administradas por el Departamento de Salud Mental (DSM) responsable del territorio, con personal propio y adicional, y a veces son administradas por contratistas privados.

Los aspectos de seguridad, y, por lo tanto, también la obligación de permanecer en ellas, se han confiado exclusivamente a las autoridades de seguridad pública a través del “control perimetral”, generalmente llevado a cabo por sistemas de vigi-

lancia remota. La exclusión de las tareas de supervisión y control para el personal sanitario (salvo la obligación de informar de las expulsiones) ha contribuido parcialmente a evitar tener que ejercer simultáneamente funciones contradictorias de atención y custodia, inherentes a la medida de seguridad y ya superadas con el cierre de los asilos civiles.

En primer lugar, se confirmó y sancionó el principio de territorialidad, pero aún debe implementarse plenamente el nuevo sistema de las que más tarde pasaron a llamarse “Residencias para la ejecución de medidas de seguridad” (REMS), todavía llevado a cabo parcialmente en lugares transitorios. En 2019 había unas 50 personas que se encontraban fuera de su región, entre las cerca de 600 que residían en las 26 REMS italianas. Las características estructurales y organizativas adoptadas por las REMS, que siguen siendo residencias sanitarias con fines terapéuticos, son extremadamente variables. Las dimensiones varían de 2 a 20 camas (que es el límite máximo establecido por la ley), mientras que cabe destacar la gran contradicción de haber creado en la antigua OPG lombarda de Castiglione delle Stiviere un conjunto “polimodular” para unas 200 plazas. Sin embargo, la nueva configuración institucional no ha cambiado el marco normativo de referencia, confirmando el antiguo enfoque de “doble vía”, es decir, el uso de medidas de seguridad que luego se imponen al infractor no atribuible o parcialmente imputable en lugar de la sentencia a la sanción penal ordinaria. Además, todavía es posible, como para los antiguos OPG, enviar personas en “medida de seguridad provisional” incluso en la fase preliminar o incidente probatorio y sin la valoración pericial psiquiátrica necesaria (8).

Uno de los principales desafíos de la ley de reforma fue demostrar que sería posible tratar a las personas con trastorno mental sin utilizar otras instituciones totales, como los OPG o la prisión, como un vertedero de fracasos terapéuticos y dificultades de gestión, sino tratando de devolver a las personas la integridad de su experiencia, manteniendo la continuidad en el apoyo y el cuidado necesarios. Esta cadena, en parte rota y desconectada por intervenciones, servicios, elecciones y estrategias, hoy ha entendido el delicado tema de las REMS, y debe ser concebida y asumida como un todo, como un circuito cuyas partes interactúan (9,10), y por lo tanto como marco integral de toda acción antiinstitucional de renovada coherencia.

ENTRE LA AFIRMACIÓN DE LOS DERECHOS Y LAS CONTRADICCIONES DE LA NUEVA LEY: LA PERSISTENCIA DEL “ESTATUS ESPECIAL” DEL DELINCUENTE ENFERMO

Nuestra experiencia parte del principio fundamental de que no debe haber un camino, un estatuto, una institución especial para los delincuentes que tienen trastornos psiquiátricos, que deben ser considerados responsables y, como tales, tienen derecho a un juicio. Con esta perspectiva, el Distrito de Salud Mental (DSM) debe

fortalecerse y hacerse responsable con respecto a las vías de tratamiento incluso en la sentencia, tanto en condiciones de detención normal como a través de alternativas (que también implican la modulación de la sentencia). La rendición de cuentas sigue siendo un principio clave, que involucra en primera instancia a la persona jurídica o al delincuente, pero también a las agencias de salud involucradas en la ruta de tratamiento, es decir, los servicios.

En este sentido, existe una convergencia significativa con la evolución del derecho internacional. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), en su artículo 12, establece como derecho inalienable un reconocimiento igual ante la ley, vinculado al reconocimiento de la capacidad jurídica. Dice (11): “Los Estados Parte reafirman que las personas con discapacidad tienen derecho al reconocimiento en todos los lugares de su personalidad jurídica”. En virtud de esa Convención, las personas con trastornos mentales tienen derecho a recibir, incluso en condiciones de detención, servicios adecuados. Esto refleja lo que también está previsto en nuestro país por el Decreto del Primer Ministro sobre Salud Penitenciaria, de 2008, a través de la actividad directa de los equipos del DSM en las instituciones de prevención y sanción. Este principio, respaldado durante cuarenta años por la experiencia de Trieste, está también apoyado por los recientes avances en la aplicación de la propia CDPD a la salud y se recoge en un programa de la Organización Mundial de la Salud, la OMS, sobre la calidad de los derechos (12).

En particular, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en las directrices relativas al artículo 14 de la Convención (Derecho a la libertad y la seguridad de la persona), establece de manera clara y radical no organizar servicios judiciales especiales; no implementar una desviación de la justicia (del castigo) a la psiquiatría (a la terapia), donde, si el control social sigue siendo la guía y no el derecho a la salud, se impone la antigua combinación de asilo de cuidado y custodia. En consecuencia, consagra el derecho de defensa. Si bien excluye cualquier forma de tratamiento forzoso, establece que las formas de la toma de decisiones no deben reemplazar al sujeto, sino que solo deben servir de apoyo a su autodeterminación.

La Observación General sobre la CDPD (13) definió la capacidad mental como las capacidades de toma de decisiones de una persona y rechazó las concepciones médicas prevalientes de la capacidad mental, afirmando que son “altamente controvertidas” y que la capacidad mental “no es, como se presenta comúnmente, un fenómeno objetivo y científico que ocurre en la naturaleza”. Argumentó en esa ocasión que la capacidad mental y la capacidad jurídica no deben confundirse, y que las competencias comprometidas en el proceso de toma de decisiones de la primera no deben ser una justificación para la suspensión de la capacidad jurídica, si consideramos que se afirma el principio del consentimiento informado. Por lo tanto, concluyó que la toma de decisiones de sustitución en todas sus formas, el tratamiento obliga-

torio y la exclusión del proceso penal, establecidos sobre la base de una discapacidad mental, ya no son aceptables.

De hecho, incluso fuera del marco del derecho internacional, todavía no hay apoyo teórico al concepto, presente en el código penal italiano, de “incapacidad para comprender” (el significado de los hechos experimentados) y “querer” (refiriéndose a las acciones): ni por parte de las “ciencias blandas”, como las ciencias cognitivas, la neuropsicología, el psicoanálisis (14), que excluyen un mecanismo determinista de causalidad y previsibilidad de los comportamientos, ni por parte de la misma filosofía, sobre todo si se miran los conceptos de intencionalidad y significado (15-17).

Afirmar la imputabilidad del enfermo mental no significa negar la enfermedad y sus efectos, sino proponer la búsqueda del sentido del gesto-crimen dentro de la historia de ese sujeto, y la continuidad de su existencia, sin negarlo e invalidarlo a través de supuestos automatismos naturalistas atribuidos a la enfermedad. En lo que respecta a la peligrosidad, para las personas con trastornos psiquiátricos, se ha referido correctamente a elementos de contexto, especialmente de naturaleza relacional, que se expresan, sobre todo, dentro de las relaciones familiares y, en cualquier caso, de las relaciones significativas (18). En cambio, ante el concepto de peligrosidad se reafirma el “patologismo determinista de derivación lombarda”, incluso si es “imposible dar un contenido científico a la respuesta a la pregunta sobre el peligro social psiquiátrico” (19). Se han expresado posiciones críticas similares: “El peligro social consiste en su esencia en un juicio individualizado del pronóstico conductual, con el que la repetición de actos delictivos se considera concretamente previsible”. De ahí el nuevo impulso de afrontar y desmontar la cuestión, que la nueva ley no ha resuelto, de la peligrosidad. Los estudios epidemiológicos sobre la asociación entre la violencia y la comisión de delitos asociados a diagnósticos psiquiátricos parecen encontrar situaciones diversas (20,21). Aparte de las cuestiones metodológicas relacionadas con los metaanálisis, y este último metaanálisis en particular, una relación estadísticamente significativa entre un descriptor (el diagnóstico) y la probabilidad de cometer delitos (peligrosidad) no muestra un vínculo causal lineal. La multifactorialidad lleva a considerar el peso de los determinantes sociales tanto en la salud como en la desviación social. Estos factores actúan “agrupados”, como se sabe por los estudios de “interseccionalidad” entre variables que crean poderosas sinergias.

¿PELIGRO O RIESGO? UN FALSO CONFLICTO

Las dos denominaciones nos llevan por dos direcciones diferentes.

La primera atribuye a la enfermedad y a la persona que manifiesta la peligrosidad como atributo inalienable. Se remonta a la ley de 1904 que inició la hospitalización forzosa en los asilos italianos en base a la peligrosidad. Obviamente, se opone

frontalmente a la CDPD, donde “no se debe implementar ninguna discriminación sobre la base de la condición o discapacidad en sí misma”. Sus consecuencias operativas son instituciones cerradas destinadas a contener al peligroso sujeto. Además, oculta los factores de riesgo contextuales y situacionales que, en cambio, deben ser considerados para lograr una gestión global. Desde una lectura radical, la agresividad se interpreta como un mecanismo de defensa frente a la institución, así como de rebelión y autoafirmación paradójica, “un primer gesto de rebelión de los enfermos internados frente a la opresión que vivencian” (22). Algo que no debe llevarnos a proponer y reproducir esa violencia y opresión, sino a romper su cadena.

La segunda dirección, la del riesgo, también puede conducir a otro callejón sin salida, representado por la obsesión “moderna” con la “aversión al riesgo”, la estrategia de contención del riesgo que se traduce en opciones institucionales de contención y confinamiento (23). Sin embargo, el riesgo es evitable si se trata, pero ¿cómo tratarlo? Sobre la base de la hipótesis de una condición gradual de “riesgo”, se puede y debe lidiar con la interacción entre los delincuentes y sus historias, marcada a su vez por la violencia familiar o el abandono, con graves laceraciones del Ser, y donde los determinantes sociales son relevantes y se superponen para la comisión del acto delictivo y la violencia: problemas relacionales en el hogar, el trabajo, el entorno social, los lazos sociales, etc.

¿Cómo encaja todo esto en la cuestión de la alternativa a los OPG? Como ya se informó, *de facto*, con la Ley 81 se sustituye la ejecución de medidas de seguridad de “detención” en hospitales psiquiátricos judiciales por el envío a REMS. En este sentido, la mayor contradicción ha sido la aplicación del sistema penitenciario en una estructura que, por ley, está exclusivamente bajo gestión sanitaria interna, con solo “control perimetral” por parte de las autoridades de seguridad pública. Esto todavía se encuentra en numerosas REMS italianas, a pesar del Acuerdo de la Conferencia de Regiones Estatales y de las posiciones posteriores adoptadas por el propio Departamento de Administración Penitenciaria (DAP) a este respecto (8).

También hemos encontrado en la práctica cómo la declarada “peligrosidad”, si se vincula a una patología crónica, o a un trastorno de la personalidad, que no puede ser adecuadamente tratada y, sobre todo, rehabilitada en contextos reales, se inserta en un círculo vicioso donde el sujeto está restringido por una medida de seguridad de “detención”, en lugar de su verificación en las condiciones de realidad de la experiencia. Afortunadamente, la nueva ley estipula que esta medida no puede exceder la duración de la pena prevista para el delito.

Cuando, por el contrario, se encuentra un “peligro social atenuado” (una nueva categoría sin fundamento, como la semi-enfermedad, podríamos hablar así de semi-peligrosidad) como producto de un trabajo terapéutico y rehabilitador, el consultor técnico (CTU) puede proponer en su lugar al magistrado la transición de

una medida de seguridad de detención a otra no privativa de libertad. En nuestra opinión, debe tenerse en cuenta el principio, reiteradamente recordado por el Tribunal Constitucional, de que la medida de seguridad de la detención debe considerarse como una solución residual y extrema que debe imponerse únicamente en los casos en que ninguna otra forma de tratamiento pueda considerarse adecuada. Sin embargo, debe ser monitorizado constantemente para evitar abusos propios del pasado. Las propias REMS son en sí mismas lugares que deben entenderse como residuales y agotados.

HACERSE CARGO

En el circuito que eventualmente puede conducir a una persona con trastorno mental a una REMS en lugar de a la prisión, el papel del Departamento de Salud Mental en la reforma introducida por la Ley 81 es absolutamente central y estratégico. En el pasado, no intervenía sobre lo que decidía el magistrado a menos que se solicitara expresamente un programa, incluso después de una pregunta específica planteada al CTU. En la nueva legislación, el DSM es fundamental para evaluar y proponer alternativas para hacerse cargo, a través de protocolos específicos con el poder judicial, en todos los grados de la investigación y el juicio (como en la Región Friuli Venezia Giulia), y en el apoyo al plan de tratamiento en REMS y también al Proyecto Terapéutico de Rehabilitación Individual (PTRI) propuesto como una alternativa a las REMS. El acuerdo de la Conferencia Estado-Regiones con el DAP de 26 de febrero de 2015 ya ha previsto que este PTRI se formulará inmediatamente, dentro de los 45 días posteriores a la entrada en REMS, con el objetivo de adoptar soluciones distintas a las REMS.

Lo dicho hasta ahora ha encontrado apoyo en la opinión del Comité Nacional de Bioética (24), que subrayó los principios de residualidad de la medida de seguridad, de territorialidad en su ejecución, de individualidad del proyecto terapéutico y, sobre todo, del principio de primacía de la salud del paciente sobre las necesidades de control social. El aspecto calificativo y central está representado por la forma, la práctica, con la que el DSM juega este papel en la dinámica de la reforma. Cuando los servicios territoriales de salud mental pretenden su funcionamiento en clave ambulatoria, con recurso rutinario a la hospitalización, con un uso “administrativo” del tratamiento sanitario obligatorio, y se cuidan de mantener técnicas y vocaciones terapéuticas sin considerar la demanda de control social y los aspectos de sanción penal, el riesgo de abandono o, por el contrario, de la inducción de instancias fuertemente represivas y de contención se convierten en la norma. Por el contrario, si se ha organizado una red orgánica de servicios capaces de aceptar el malestar en su conjunto, dispuestos a asumir la carga de las necesidades que lo acompañan, a ser transitables

y sensibles a la subjetividad y singularidad del ciudadano portador de este malestar, se crean condiciones que permiten afrontar de forma articulada la complejidad de la vía de tratamiento, en la intersección con los circuitos de la sanción.

Nuestra experiencia (y me refiero a la realizada, ahora hace cincuenta años, en el Departamento de Salud Mental de Trieste) se basa en los principios de: responsabilidad por la salud mental en el ámbito territorial, con la presencia activa del Servicio y la movilidad hacia la demanda; de accesibilidad (y modelo de reconocimiento no solo clínico); de continuidad terapéutica, incluida la respuesta a las crisis proporcionada por y en el servicio territorial; de globalidad e integración de las intervenciones; del trabajo de un equipo multidisciplinar.

El horizonte es el de un enfoque sistémico e integral de toda la vida de la persona. A continuación se exponen los principales pasos que, según nuestra experiencia, han resultado fundamentales para la atención de personas con trastornos mentales en riesgo de cometer delitos y problemas con la justicia. La prevención secundaria se realiza a través de la práctica proactiva y asertiva de los subgrupos de continuidad terapéutica, que operan en los diversos Centros de Salud Mental (CSM), abiertos las 24 horas, cada uno con 6 camas, dirigidos a personas de alta prioridad con criterios definidos: actualización constante de la lista y modulación de la intensidad, de alrededor de 1/10 usuarios del CSM (25-28).

Las intervenciones de crisis del CSM, incluso a domicilio, están dirigidas a prevenir el tratamiento sanitario obligatorio (TSO) a través del compromiso activo de la persona, la negociación asertiva, a veces incluso en colaboración con la policía. El TSO en sí no es ya un evento fuera del sistema de salud mental, sino una decisión del servicio en caso de fracaso del programa y riesgo para la salud del sujeto. La gestión global de las necesidades personales y sociales (“*whole life*”, “de la vida”) se sitúa en una perspectiva de habilitación y recuperación articulada en proyectos personalizados (los PTRI), posiblemente con presupuesto a cargo de Salud, centrados en los ejes hogar-trabajo-vida social. En otras partes de Italia, las prácticas se están moviendo en esta misma dirección, lo que ha llevado a la contención en el uso de TSO. La tasa de TSO en Italia sigue cayendo, a menos de 15 por cada 100.000 habitantes (29).

APOYO EN PROCEDIMIENTOS JUDICIALES, PERITAJE PSIQUIÁTRICO E INTERVENCIÓN EN PRISIÓN

En cualquier caso, y en todo sistema “post-asilo”, consideramos imprescindible plantearse el cruce del nudo sancionador en la práctica de la salud mental territorial. Si se inicia un proceso judicial que concierne a una persona conocida por el servicio, o en todo caso portadora de trastorno mental, se debe contar de manera inmediata en todo momento del proceso, desde el interrogatorio hasta el reporte de

apoyo a la defensa legal, con la presencia y oferta de un servicio que trabaje en la comunidad con la policía y el poder judicial. Los diversos pasos de acompañamiento, apoyo, información, comunicación, interacción con los aparatos de orden público y justicia... no están dirigidos a justificar, sino a hacer comprender a las personas el camino, la historia de la persona hasta el gesto de ruptura, hasta el delito potencial, y permite devolver a las razones “humanas” el comportamiento sintomático o desviado (30). Y, también, ofrecer garantías a quienes trabajan en el lado de la seguridad y al poder judicial de investigación, juicio y vigilancia, a través de la formulación de un proyecto, un camino de cuidado y reinclusión social.

En cuanto a la práctica de la pericial psiquiátrica, creemos que es necesaria, aunque el papel pericial como tarea del servicio suponga una contradicción. Esta práctica ve el acto experto como una reconstrucción necesaria de la historia, la subjetividad y la continuidad del significado (“la relación ininterrumpida de significado” de la que escribió Klaus Dörner (31)). La experiencia investiga, por lo tanto, algunas cuestiones clave que se asocian con la relación entre la subjetividad y el desorden en la enfermedad: cómo esta es dirigida y manejada por el sujeto (32,33), qué sentido tiene el síntoma, el sentido de la propia experiencia de la enfermedad como hecho interpersonal y social.

La cuestión central del determinismo biomédico es que no tiene en cuenta el significado (34), que en cambio puede ser un medio para reconocer un nivel de capacidad legal con respecto al delito. Como se sabe, en los estudios sobre “recuperación”, dar un significado al hecho de sentirse mal es esencial para la reapropiación de uno mismo, y por lo tanto también será central en la rehabilitación relacionada con el castigo, con la sanción (35,36). La pregunta principal entonces es entender cómo se enmarca un gesto-crimen en una historia, qué significado particular puede jugar y cómo comenzar a partir de él. Incluso desde la cárcel.

Con el Decreto del Primer Ministro de 1 de abril de 2008, y en los acuerdos posteriores de la Conferencia Estado-Regiones, surge la clara indicación de que “las intervenciones de rehabilitación diagnóstica y terapéutica estén garantizadas por los departamentos de salud mental de las autoridades sanitarias territorialmente competentes, así como por los especialistas del Servicio” (Acuerdo n° 3 / CU de 22/01/2015). En general, se espera que esto suceda a través de la creación de las llamadas “Articulaciones Psiquiátricas”, es decir, secciones especializadas, gestionadas siguiendo criterios de salud, dentro de las cárceles, una experiencia que aún debe verificarse rigurosamente tanto desde el punto de vista de la eficacia como del de los derechos humanos. Así se señala en el informe del Garante de los Derechos de las Personas Privadas de Libertad. Recientemente se han producido quejas sobre el estado, no muy diferente de los antiguos OPG, de algunas de las secciones psiquiátricas especiales en las prisiones (como en Turín, en enero de 2022). Frente a esto, vale la pena destacar la elección compartida en una medida minoritaria por algunos

DSM italianos para garantizar la entrada de los servicios de salud mental en la prisión (considerando que la prisión es parte del territorio), con el fin de mantener la continuidad de la atención y la relación, y también para hacer frente a las nuevas demandas en un lugar con una alta concentración de sufrimiento, poniéndolos en contacto con los recursos y programas disponibles “fuera”.

En Trieste, desde 1980, el DSM ha optado por intervenir en prisión, primero con un pequeño número de operadores, luego a través de un acuerdo que involucró directamente a todos los CSM a través de operadores autorizados, también capaces de apoyar intensamente situaciones críticas y, en cualquier caso, de garantizar la debida continuidad de los programas terapéuticos, de rehabilitación y de reinserción social. Esto va en beneficio de aquellos que ya son conocidos por el servicio y de otros que manifiestan su enfermedad, o se enferman, dentro de la prisión (37). Más allá de la respuesta basada en la entrevista y los fármacos, la intención siempre es construir un proyecto de recuperación individual que se proyecte fuera, fuera del estrecho horizonte de la detención, para predecir un posible futuro de vida. Unas cuarenta y cinco personas al año, de las que ya se conocen una veintena, son actualmente seguidas o al menos evaluadas cuando presentan sospechas de trastornos psíquicos y/o conductuales de dudosa naturaleza.

La práctica del CSM en la prisión (coordinada a nivel departamental en un “grupo penitenciario”) permitió eliminar pronto los envíos a los OPG desde la prisión, dado que siempre se ha asumido como un éxito importante, también por la administración de la prisión. Actualmente, el servicio se ha convertido en casi diario y se integra estrechamente con el servicio general de salud gestionado por ASUITS (Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste), que también incluye el Departamento de Adicciones.

En casos y situaciones especiales, las alternativas ofrecidas por los servicios DSM son posibles. Es posible acordar con el magistrado la hospitalización en el servicio en el hospital general (SPDC) de personas en condiciones agudas de descompensación (también por TSO) o estancias más largas de 24 horas en el CSM, por ejemplo, en espera o en curso de valoración, con fines más puramente rehabilitadores, proponiendo detención o arresto domiciliario en el servicio. Las alternativas al camino psiquiátrico-forense se han implementado más fácilmente durante largos períodos de hospitalización en el CSM, cuando otras soluciones no son útiles o no están disponibles. Esto consiste en “colocar a la persona en el centro de la atención del servicio”, comenzando de nuevo con programas habilitantes tanto residenciales como en las diferentes áreas garantizadas hoy por el Centro de Día “generalizado”, para un proyecto de vida integral.

El PTRI apoyado por el Presupuesto de Salud, con uso específico de fondos como el FAP (Fondo para la Posible Autonomía), en co-diseño con los servicios

sociales de las autoridades locales, es una herramienta útil en este sentido, también para evitar caminos de deriva social e institucionalización. Un elemento clave es la implicación de las cooperativas sociales, y, por tanto, de la comunidad local en sus instancias públicas y privadas, para la realización del PTRI: en función del apoyo diario, acompañamiento, gestión de programas de inserción sociolaboral y vida asistida (38,39). Cabe señalar la importancia de esta herramienta también en otras situaciones en las que se utiliza, hasta el establecimiento de ONLUS (Organización sin ánimo de lucro de utilidad social) entre los ex internados en OPG, en una lógica de empresa social a través de la forma cooperativa (40).

ANULANDO LA LÓGICA DE LA EXCLUSIÓN EN LAS REMS

También en términos de REMS, los sistemas que tienen mejores servicios y relaciones consolidadas de colaboración con el poder judicial han sido capaces de desarrollar modelos y experiencias que son innovadores. La Región Autónoma de Friuli Venezia Giulia, al comienzo del proceso de superación de los OPG, había previsto la reducción a la mitad del modelo organizativo de la única REMS regional, reducida entonces de 20 a 10 camas, de acuerdo con las necesidades “históricas” en comparación con los OPG (para Trieste igual a cero desde 2006). Posteriormente, se realizó el despliegue del modelo de 10 plazas en tres subunidades territoriales (actualmente, como REMS provisionales, las tres de 2 plazas cada una). Por lo tanto, la REMS regional “difusa” resultante se coloca en los servicios de tres DSM (en el caso de Aurisina, en Trieste, dentro de una sede de un Centro de Día) y funciona como una red y en una red con todos los servicios regionales involucrados, evitando así el establecimiento de un lugar o servicio dedicado, por lo tanto “especial”, o de una estructura penitenciaria, de detención, operando en cambio con la puerta abierta.

La afirmación en la práctica de la responsabilidad territorial de los servicios descritos anteriormente, al responder a las necesidades de un responsable que garantice los caminos de las personas, se activa para evitar un “otro lugar” donde se pasa a recluir, excluir, relegar, segregar, delegar, retener. La responsabilidad es compartida entre la misma persona, la REMS y el CSM de referencia. El principio de la pequeña escala ha permitido insertar “una persona a la vez” y un “estar con ella”, permitiendo la reconstrucción de la historia y la red social juntos, teniendo en cuenta que la historia se actualiza en una red de relaciones (por ejemplo, para un huésped, el acompañamiento de la familia de origen en Sicilia; para una pareja milanesa, la conexión con el padre en Milán).

La entrada de la comunidad en la REMS se realizó mediante actividades culturales, un mercado, conciertos, la presencia de grupos escolares. Herramientas útiles en un sentido evolutivo fueron los permisos para la inserción laboral y para la participación

en las actividades del CSM de origen. La comparación con los aspectos de sanción a tomar directamente por la REMS ha sido un trabajo difícil y duro para los servicios que operan con la puerta abierta y sin contención (28). La sanción constituida por el internamiento, que se basa en el principio de exclusión, se ha invertido en cierto sentido en su opuesto: en la inclusión en una relación cercana, en la humanidad de esta relación, en la acogida del huésped, del extranjero. Se llevó a cabo la continua deconstrucción y reconstrucción, es decir, la trituración en la práctica del modelo REMS como un potencial nuevo mini-OPG. Si esto, por un lado, ha supuesto la desinstitucionalización de la estructura tal y como está concebida, en sus aspectos solitarios, por otro, ha permitido la construcción de una pequeña “institución inventada”, por decirlo con Franco Rotelli (41), que tenía el propósito de negar, de superarse para encontrar nuevas soluciones, más útiles para las personas. Esto solo es posible en el marco de servicios fuertes y capaces, orientados a principios claros. Por lo tanto, estamos trabajando para evitar el envío a REMS, ofreciendo al poder judicial oportunidades y alternativas.

LA SITUACIÓN ACTUAL DE LAS REMS

Las formas en que se implementaron las REMS se vieron profundamente afectadas por entornos culturales y políticas regionales muy divergentes, para lo cual fue necesario encontrar un punto de síntesis en la Conferencia Estado-Regiones. Además del caso de Lombardía, ya mencionado, algunas regiones han optado por la solución de tener más de un módulo, o inversamente no tener su propio REMS, sino de “apoyarse” en otras regiones (así, Piamonte, Umbría); otras regiones incluso han propuesto inicialmente instalaciones penitenciarias en desuso o han designado entidades privadas. En muchas las estructuras de “control perimetral” (muros, redes, cámaras de vigilancia) han ido acompañadas de la persistencia de modelos de custodia, con detectores de metales, puertas cerradas incluso en el interior, camas ancladas al suelo y (aunque limitado) uso de la sujeción; otras se han dotado de vigilantes internos como función disuasoria y preventiva de posibles episodios de violencia (7).

La práctica crítica de la regulación penitenciaria no se ha aplicado en todas partes y se ha visto afectada por el equilibrio existente con el Poder Judicial y las Prefecturas, o incluso por la relación con los comandantes de los Carabinieri y la Policía Estatal. Inmediatamente criticados como mini-OPG, en realidad las REMS han asumido colectivamente el desafío de ayudar a realizar en la práctica la alternativa a las viejas instituciones. Han formado una coordinación nacional capaz de interactuar con el Ministerio y las Regiones (7), que ha apoyado el trabajo de StopOPG. En muchas de ellas se ha establecido un modelo de comunidad terapéutica, generalmente con buenos resultados, pero la cuestión crucial ha sido la relación con el territorio, en particular con el DSM, la posibilidad de ser “transitoria” y garantizar la reinserción social a través de

nuevas medidas terapéuticas y soluciones habitacionales protegidas o apoyadas. Entre los principales datos: el alto índice de rotación, en comparación con los antiguos OPG.

En diciembre de 2021, se desplegó finalmente un órgano de coordinación ministerial sobre el proceso de superación de los OPG. Cabe señalar que el DSM se ha comprometido entretanto, especialmente en algunas realidades, a garantizar la realización de proyectos alternativos a las REMS en diálogo con el Poder Judicial. Aunque no hay datos oficiales, se estima que hay alrededor de 6.000 personas con trastornos mentales y medidas judiciales seguidas en el territorio por los Departamentos de Salud Mental (42). El 70% de estos pacientes son huéspedes de instalaciones residenciales, ocupando cerca del 15% de las plazas disponibles y suponiendo un gasto anual de alrededor de 300 millones de euros.

Entre los resultados que hay que comunicar, destaca la limitada tasa (menos del 5%) de reincidencia en los delitos. Las plazas actuales del sistema REMS, aunque con una buena rotación, muestran una tendencia a alargar la estancia por un efecto de acumulación de pacientes con delitos graves y una duración prolongada de las medidas (5-10 años), lo que obviamente no debería pasar en el sistema REMS.

La llamada “lista de espera” tiene un alcance que es difícil de cuantificar, ya que no existe un sistema nacional fiable (a 21 de julio de 2021 serían 750 para la DAP, 568 para la Conferencia Estado-Regiones), y, además, la mayoría, como ya se ha señalado, se acogen a la cuestionable práctica de la medida de seguridad provisional, que excluye la pronta participación del DSM en la toma de posesión. Los sujetos que esperaban ingresar a la REMS desde la cárcel cayeron en un año (de octubre de 2020 a octubre de 2021) de 98 a 35. De ahí la constante petición de un aumento de camas por parte de la judicatura (en su momento se estableció un número fijo de camas para garantizar que no se ampliase más y de forma indefinida el contenedor psiquiátrico forense, por los riesgos conocidos y ya mencionados que conlleva). Existe un sistema de seguimiento del proceso de aumento de los OPG y de la asistencia sanitaria penitenciaria (SMOP), adoptado por 19 de las 20 Regiones. Recientemente, los Ministerios de Salud y Justicia y las Regiones han proporcionado más datos en un informe al Tribunal Constitucional. A 31 de julio de 2021, había 36 REMS, con un total de 652 camas; con el MSR final, el sistema debería incluir 740. Solo 19 personas de las 596 presentes estaban fuera de la región; también había 15 personas sin hogar y 58 extranjeros.

ENTRE LOS RIESGOS DE REGRESIÓN Y LAS PERSPECTIVAS PARA EL AVANCE DE LA REFORMA

Al evaluar los resultados actuales de la reforma, se puede decir que el objetivo del legislador de superar definitivamente la lógica basada en el asilo, basada en el internamiento, que aún sustentaba los OPG, aún no se ha logrado plena y definitivamente. Mientras que el cierre de los OPG, largamente pospuesto, fue finalmente

coronado con un éxito importante, el nuevo sistema provisional de las REMS, con todas sus contradicciones no resueltas, se injerta en un declive del sistema de salud mental italiano, que tiene sus causas estructurales en la disminución en términos de inversión y en la persistente falta de equidad entre las regiones (43,44). Entre los problemas hasta ahora no resueltos, surge la persistencia en las leyes del sistema de la “doble vía” para los infractores juzgados no imputables, por incapacidad y peligrosidad, y por tanto sometidos a medidas de seguridad.

Habría que contrarrestar el uso (y abuso) de tales medidas, como lo demuestran los que están en la “lista de espera” para ingresar en las REMS, casi todos con medidas de seguridad provisionales. A menudo se imponen incluso antes de que se evalúen las alternativas ofrecidas por los servicios de salud mental que operan en el área. Su fortalecimiento, previsto desde el primer decreto-ley de 2011, no solo no se hizo realidad, sino que hubo una reducción adicional y considerable de los recursos. Con el Proyecto de Ley de Justicia n° 103/17 también existía el riesgo de un retorno a las REMS, como los OPG, como un contenedor indiferenciado de personas con trastorno mental y aspectos de trastorno social, por ejemplo, trastornos de personalidad.

Entre las diversas amenazas de regresión del marco legislativo actual, debe considerarse la investigación abierta por el Tribunal Constitucional que planteó la cuestión radical de la ilegitimidad de la nueva ley (Ley 81/2014) sobre la base de una solicitud presentada por el Tribunal de Tívoli².

La Corte Constitucional (45) rechazó la solicitud, considerando también el riesgo de una grave desestabilización y el vacío regulatorio que habría abierto la declaración de inconstitucionalidad. La sentencia, sin embargo, dudaba en una exhortación a una medida legislativa orgánica sobre las nuevas medidas de seguridad de detención implementadas por las REMS, reposicionando como central el papel del DAP y el Poder Judicial. Aquí radica el mayor riesgo: que lo que era transitorio, diseñado para superar los OPG (para los que ni siquiera se utilizó la dicción REMS hasta 2014), se convierta en un sistema estabilizado con mayor número de camas, mayores y obligatorios automatismos, en definitiva, que se institucionalice una nueva y problemática doble vía, lo que legitima plenamente incluso la impugnación de medidas provisionales de seguridad. Se organizan porque a menudo faltan acuerdos interinstitucionales sobre una base territorial, para la evaluación y la toma de control, entre el Poder Judicial y los DSM, mientras que estos últimos no están ni cultural ni operativamente equipados de forma adecuada.

El ciudadano con trastorno mental vuelve a estar sujeto a un derecho diferente: discutiendo la diferencia con el TSO, el Tribunal afirma que el propósito de las

² Esta se refería a una persona que había golpeado al alcalde de Tívoli, a quien había ido a pedir vales de comida, con un cartón de vino. Sometido a valoración pericial y juzgado incapaz y peligroso, no había encontrado colocación inmediata en REMS.

REMS no puede ser exclusivamente terapéutico, sino también privativo de la libertad (46). Confirmando la doble vía sobre la base de la no imputabilidad por incapacidad, la peligrosidad vuelve a legitimarse como una cuestión de psiquiatría, que debe “defender a la comunidad” de la mano de la justicia. Entre las muchas contradicciones no resueltas por la sentencia, está la que existe entre castigo y cuidado, que las medidas de seguridad sin embargo reproducen con toda evidencia: insertar la pena en el contexto del cuidado, no al revés (46). Surgen entonces una serie de preguntas con una perspectiva más amplia: ¿es posible superar la disciplina de las medidas de seguridad? ¿Es factible una reforma del Código Penal en materia de incapacidad y peligrosidad? De hecho, se ha presentado y reformulado un nuevo proyecto de ley, en un escenario ciertamente cambiado para mejorar viejas propuestas de los años 80 (47). Dicho proyecto tiene la intención de suprimir los artículos 88 y 89 del Código Penal (no imputabilidad por enfermedad mental) e intervenir en el nivel de desviación del contexto de castigo al contexto terapéutico en el territorio, previendo una operatividad -aunque limitada- de las articulaciones e intervenciones psiquiátricas en la prisión. Sin embargo, esto abriría otras contradicciones, como una nueva exclusión del circuito normal de la pena y la construcción de contenedores *ad hoc* tanto dentro como fuera de la prisión, mientras que el sistema REMS quedaría de hecho eclipsado.

CONCLUSIONES

A la espera de la reorganización legislativa, y sobre todo en espera de medidas legislativas más valientes y radicales, es posible concluir con algunos indicios de una buena práctica, que se sitúa en el espacio de la relación entre la psiquiatría y la justicia, en la contradicción entre tratamiento y sanción penal (48).

- Fortalecer el trabajo de los servicios: no solo utilizar residencias y comunidades, sino poner a disposición recursos, actividades útiles para hacerse cargo, proyectos, lo que implica enfrentar y hacerse cargo de la crisis en el territorio a partir de los servicios territoriales, trabajando con la policía, evitando delegaciones y convirtiéndola en el motor de la vía de atención posterior. Esto permite reducir el énfasis en la peligrosidad, desestigmatizando a través de prácticas concretas de “hacerse cargo” de la imagen social de la persona con algún desorden.
- Llevar a cabo proyectos personalizados de amplio alcance (que abarquen “toda la vida”), involucrando los recursos del territorio y lo social privado, una herramienta sugerida por el Presupuesto de Salud, pero también las prácticas y equipos de continuidad de la atención territorial (que utilizan los principios organizativos de gestión de casos, Tratamiento Asertivo Comunitario, Tratamiento Asertivo Comunitario Familiar, etc.).

- Implementar protocolos de colaboración interinstitucional con el Poder Judicial y su difusión y aplicación, el llamado “tablero” integrado con la salud penitenciaria. Ofrecer activamente los recursos del sistema de salud mental, incluidos los CSM, SPDC, soluciones residenciales y de vivienda y rehabilitación, al poder judicial, ofrecer habilidades para programas y experiencia en una lógica de “concertación”.
- Ingresar a la prisión como una práctica normal de los trabajadores de servicios para garantizar la continuidad terapéutica, ofreciendo soluciones en caso de “crisis de la institución”, ahora más frecuente dada la “sanitización” de la prisión.
- Evitar la deriva hacia medidas de seguridad, interceptar el riesgo de las REMS, proponer alternativas. Si hay un envío a una REMS, planificar la gestión y la ruta de atención junto al CSM de referencia, y los recursos del territorio, para que se puedan ofrecer otras opciones.

Todo ello, en definitiva, puede permitir volver a cruzar el campo de la sanción y transformarlo, evitando al mismo tiempo una psiquiatría acrítica: la cura en la pena, y no al revés.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Castel R. L'ordine psichiatrico. L'epoca d'oro dell'alienismo. Milano: Feltrinelli, 1979.
- (2) Castel R. Dalla pericolosità al rischio. *Aut-aut* 2016; 370: 147-166.
- (3) Mezzina R. Forty years of the Law 180: the aspirations of a great reform, its success and continuing need. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2018; 27: 336-345.
- (4) Canosa R. Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi. Milano: Feltrinelli, 1979.
- (5) Comitato del Consiglio d'Europa per la prevenzione della tortura e dei trattamenti inumani o degradanti (CPT), 2008. Disponibile en: <https://www.coe.int/it/web/cpt/-/council-of-europe-anti-torture-committee-publishes-report-on-ita-1>
- (6) Barbui C, Saraceno B. Closing forensic psychiatric hospitals in Italy: a new revolution begins. *Br J Psychiatry* 2015; 206: 445-446.
- (7) Corleone F. Manicomi criminali. La rivoluzione aspetta la riforma. *Quaderni del Circolo Rosselli* 2018; 1:141-157.
- (8) Pellegrini P. Liberarsi della necessità degli ospedali psichiatrici giudiziari. Quasi un manuale. Merano: Edizioni AlphaBeta Verlag, 2017.
- (9) Steadman H, Monahan J. The movement of offenders population between mental health and correctional facilities. Bethesda, MD: National Institute of Justice, 1982.
- (10) De Leonardis O, Mauri D, Rotelli F. Deinstitutionalization: a different path. The Italian mental health reform. *Health Promot.* 1986; 1(2): 151-165.
- (11) United Nations. Human Rights. Office of the High Commissioner. General comment No. 1 Article 12: Equal recognition before the law. 11 abril de 2014 Disponible en: <https://www.ohchr.org/en/documents/general-comments-and-recommendations/general-comment-no-1-article-12-equal-recognition-1>
- (12) World Health Organization. Quality Rights Programme, 2017. Disponibile en: www.who.int/mental_health/policy/quality_rights/
- (13) United Nations. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. The right to liberty and security of persons with disabilities. Septiembre de 2015.
- (14) Colucci M. Individui pericolosi, società a rischio. *Aut-aut* 2016; 370: 3-20.
- (15) Husserl R. Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica. Libro primo: Introduzione generale alla fenomenologia pura. Torino: Einaudi, 1981.
- (16) Ricoeur P. Filosofia della volontà I. Il volontario e l'involontario. Génova: Marietti, 1990.
- (17) Habermas J. Teoria dell'agire comunicativo. Bologna: Il Mulino, 1986.
- (18) Dell'Acqua G, Cogliati MG, Mezzina R. Servizi psichiatrici e nodi della sanzione. En: Dell'Acqua G, Mezzina R (eds.) Il folle gesto. Perizia psichiatrica, manicomio giudiziario, carcere nella pratica dei servizi di salute mentale a Trieste (1978-88). Roma: Sapere 2000, 1988.
- (19) Fornari F. Psicopatologia e psichiatria forense. 1ª ed. Torino: UTET, 1989.
- (20) Elbogen EB, Johnson SC. The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry.* 2009;66(2):152-61.

- (21) Whiting D, Gulati G, Geddes JR, Fazel S. Association of schizophrenia spectrum disorders and violence perpetration in adults and adolescents from 15 countries: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2022;79(2):120–132.
- (22) Basaglia F. The destruction of the mental hospital as a place of institutionalisation. Thoughts caused by personal experience with the open door system and part time service-First international congress of social psychiatry, London 1964. En: Toresini L, Mezzina R (eds.). *Beyond the walls / Oltre i muri - Deinstitutionalisation in European best practices in mental health / La deistituzionalizzazione nelle migliori pratiche europee di salute mentale*. Merano: Alpha Beta Verlag, 2010.
- (23) Sashidharan S, Mezzina R, Puras D. Reducing coercion in mental healthcare. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2019; 28(6): 605-612.
- (24) Comitato Nazionale per la Bioetica CNB (2017) *La cura delle persone con malattie mentali: alcuni problemi bioetici*, Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri, 21 settembre 2017. <http://bioetica.governo.it/it/comunicazione/notizie/la-cura-delle-persone-con-malattie-mentali-alcuni-problemi-bioetici/>
- (25) Mezzina R. Community mental healthcare in Trieste and beyond. An ‘open door-no restraint’ system of care for recovery and citizenship. *J Nerv Ment Dis*. 2014; 202(6): 440–445.
- (26) Mezzina R. Creating mental health services without exclusion or restraint but with open doors – Trieste, Italy. *L'Information Psychiatrique* 2016; 92(9): 747–754.
- (27) Mezzina R. Friuli Venezia Giulia – Aurisina. En: *Seconda Relazione Semestrale sulle attività svolte dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari Franco Corleone*, 19 agosto 2016–19, febbraio 2017. All. B: Contributi delle Rems, 104-111. Senato della Repubblica.
- (28) Mezzina R. Servicios comunitarios de salud mental con puertas abiertas y sin restricciones en Trieste, Italia. *Topía, Un sitio de psicoanálisis, sociedad, cultura*. 2017. Disponible en: <https://www.topia.com.ar/articulos/servicios-comunitarios-salud-mental-puertas-abiertas-y-restricciones-trieste-italia>
- (29) Ministero della Salute. *Rapporto salute mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale*, 2018. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2932_allegato.pdf
- (30) Mezzina R. Appunti su pratica psichiatrica e “carcerario”. *Dei Delitti e Delle Pene*, 1987; 2: 333-346.
- (31) Dörner K. *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*. Bari: Laterza, 1975.
- (32) Dell’Acqua G, Mezzina R. La storia, il soggetto, la capacità di intendere e di volere. En: De Leonardis O, Gallio G, Mauri D, Pitch T (eds.). *Curare e punire - Problemi e innovazioni nei rapporti tra psichiatria e giustizia penale*. Milano: UNICOPLI, 1988.
- (33) Strauss J. The person –key to understanding mental illness. *Towards a new dynamic psychiatry*. III. *Br J Psychiatry Suppl*. 1992; (18). 19-26.
- (34) Augé M, Herzlich C. *Il senso del male. Antropologia, storia, sociologia della malattia*. Milano: Il Saggiatore, 1986.
- (35) Marin I, Mezzina R. Percorsi soggettivi di guarigione. Studio pilota sui fattori di recovery in salute mentale. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 2006;130(1): 129-152.
- (36) Mezzina R. Che cos’è la guarigione: l’oggetto oscuro della nostra (e vostra) ricerca, *Introduzione a Guarire si può. Persone e disturbo mentale*, di Isabel Marin e Sil-

- va Bon, in 180, *Archivio Critico della Salute Mentale*. Merano: Alfabeta Verlag, 2012; pp. 7-23.
- (37) Oretti A, Castelpietra G. *Prevenire il suicidio in carcere. Le linee guida dell'OMS e la realtà italiana. Manuale per operatori penitenziari e sanitari*. Dipartimento di Salute Mentale / WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health, ASS n. 1 Triestina, Trieste, 2012.
- (38) Mezzina R, Ridente G. *La trasformazione della residenzialità a Trieste verso l'abitare supportato*. *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici* 2015; 12. Disponibile en: www.usl7.toscana.index.php/nrsp
- (39) Ridente P, Mezzina R. *From residential facilities to supported housing: the personal health budget model as a form of coproduction*. *Int J Ment Health* 2016; 45(1): 59-70.
- (40) Righetti A. *I budget di salute e il welfare di comunità. Metodi e pratiche*. Bari: Laterza, 2013.
- (41) Rotelli F. *L'istituzione inventata. Almanacco Trieste 1971-2010*. 180 - *Archivio Critico della Salute Mentale*. Merano: Alfabeta Verlag, 2015.
- (42) Pellegrini P. *Liste di attesa per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive: analisi e possibili soluzioni*. *Iscriviti alla newsletter*, dpu. 2021.
- (43) Barone R, Mezzina R, Pellegrini P (eds.) *Programma del Coordinamento Nazionale delle Rems*. En: Corleone F (ed.) *Manicomi criminali. La rivoluzione aspetta la riforma*, Quaderni del Circolo Rosselli. Pisa: Pacini Editore, 2018; pp. 137-140.
- (44) Barone R, Mezzina R, Pellegrini P (eds.) *Commento alla proposta di riforma delle misure di sicurezza personali*. *Audizione del Coordinamento Nazionale Rems*, 24 Novembre 2017. *Commissione per la riforma del sistema normativo delle misure di sicurezza personali e dell'assistenza sanitaria in ambito penitenziario, specie per le patologie di tipo psichiatrico e per la revisione del sistema delle pene accessorie D.M. 19.7.2017 in attuazione della legge 103/2017*.
- (45) Corte Costituzionale. *Sentenza n. 22/2022, relativa alla costituzionalità della legge n. 81/ 2014 sollevata dal Tribunale di Tivoli*. Disponibile en: https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?param_ecli=ECLI:IT:COS T:2022:22
- (46) Corleone F. *Cosa sono i Rems e perché la vera riforma è cancellare il Codice Rocco*. *Il Riformista*, 30 Gennaio 2022. Disponibile en: <https://www.ilriformista.it/cosa-sono-i-rem-e-perche-la-vera-riforma-e-cancellare-il-codice-rocco-276753/>
- (47) Camera dei Deputati. *Proposta di legge: MAGI ed altri: "Modifica all'articolo 73 e introduzione dell'articolo 73-bis del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e altre disposizioni in materia di riduzione della pena per la produzione, l'acquisto e la cessione illeciti di sostanze stupefacenti o psicotrope nei casi di lieve entità"* (2307), 2021. Disponibile en: <https://www.camera.it/leg18/126?tab=2&leg=18&idDocumento=2307&sede=&tipo=>
- (48) Mezzina R. *Pena e cura. Le risposte attuali dei servizi di salute mentale alla luce della chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari*. En: *Salute nella polis carceraria: evoluzione della medicina penitenziaria e nuovi modelli operativi*, a cura di Rosanna Mancinelli, Marcello Chiarotti, Sandro Libianchi. *Rapporto ISTISAN 19/22*, 47-62. Istituto Superiore di Sanità, 2019. Disponibile en: <http://old.iss.it/publ/index.php?lang=1&id=3215&tipo=5>

ABREVIATURAS (POR ORDEN DE APARICIÓN)

- **REMS:** Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza/ Residencias para la Ejecución de Medidas de Seguridad
- **OPG:** Ospedale Psichiatrico Giudiziario/ Hospital Psiquiátrico Judicial
- **CPT:** Comitato per la Prevenzione della Tortura/ Comité del Consejo de Europa para la Prevención de la Tortura y del Trato Inhumano o Degradante.
- **SMOP:** Sistema informativo per il Monitoraggio degli Ospedali Psichiatrici giudiziari/ Sistema de información para el seguimiento de los hospitales psiquiátricos judiciales
- **DSM:** Dipartimento di Salute Mentale/ Departamento de Salud Mental
- **CDPD:** Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità/ Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad/ CRPD, Committee on the Rights of Persons with Disabilities
- **DAP:** Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria/ Departamento de Administración Penitenciaria
- **CTU:** Consulente Tecnico d'Ufficio/ Asesor técnico (o perito) al magistrado
- **PTRI:** Progetti Terapeutico-Riabilitativi Individualizzati/ Proyecto Terapéutico de Rehabilitación Individual
- **CSM:** Centri di Salute Mentale/ Centros de Salud Mental
- **TSO:** Trattamento Sanitario Obbligatorio/ Tratamiento Sanitario Obligatorio
- **SPDC:** Servizio per Diagnosi e Cura/ Servicio para Diagnóstico y Tratamiento
- **FAP:** Fondo per l'autonomia possibile/ Fondo para la posible autonomía
- **ASUITS:** Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste
- **ONLUS:** Organizzazione non lucrativa di utilità sociale/ Organización sin ánimo de lucro de utilidad social

Alternativas al encarcelamiento de las personas con problemas de salud mental: experiencias internacionales

Alternatives to incarceration for people with mental health problems: international experiences

ENRIQUE PÉREZ MARTÍNEZ^a, MARIANO HERNÁNDEZ MONSALVE^b

a) Psiquiatra. Jefe de Sección de Psiquiatría del Hospital General Universitario Dr. Balmis. Consultor Psiquiatría CP Alicante I y II.

b) Psiquiatra. Madrid.

Correspondencia: Mariano Hernández Monsalve (hergoico@gmail.com)

Recibido: 09/03/2022 ; aceptado: 29/04/2022

Resumen: Partiendo de la realidad de la plétora de personas con trastorno mental que pueblan las cárceles de países occidentales, la precaria atención clínica que reciben y el consiguiente efecto negativo que la estancia en prisión tiene para su porvenir, abordamos en este artículo los datos más relevantes de la relación entre delito y trastorno mental, y revisamos las experiencias más actuales en lo que se refiere a medidas alternativas a la prisión para personas con trastorno mental. Entre todas ellas nos ocupamos de revisar la experiencia de los tribunales especializados en EE. UU. que, desde la perspectiva de la Justicia Terapéutica, ofrecen programas alternativos a la prisión, con el objetivo de buscar una oportunidad para la recuperación de los pacientes.

Palabras clave: centros penitenciarios, políticas penitenciarias, enfermedad mental, trastorno mental grave, juzgados específicos.

Abstract: Starting from the reality of the plethora of people with mental disorders that populate the prisons of Western countries, the precarious clinical care they receive,

and the consequent negative effects that the stay in prison have on their future, in this article we review the most relevant aspects of the relationship between crime and mental disorder, and the newest experiences regarding alternative measures to prison for people with mental disorders. Among all of them, we examine the experience of specialized courts in the US, which, from the perspective of Therapeutic Justice, offer alternative programs to prison, aiming at offering an opportunity for the recovery of patients.

Key words: prisons, prison policies, mental disorder, severe mental disorder, mental health courts.

LA DESPROPORCIONADA ENTRADA DE ENFERMOS MENTALES en prisión es de tal magnitud (1) que ha desbordado los cauces profesionales, jurídicos y psiquiátricos, así como la capacidad de respuesta de los servicios de Instituciones Penitenciarias, para pasar a ocupar portadas y relevantes artículos de opinión en la prensa internacional y entrar en la actualidad en espacios de debate parlamentario y políticos (2).

En EE. UU., cada año, cerca de 700.000 personas con trastorno mental grave (TMG) son ingresadas en centros penitenciarios, de modo que entre el 10-15% de los reclusos padecen un TMG, lo cual supone unas tasas mucho mayores en esta población comparadas con las que encontramos en la población general (1-3%). Si añadimos a las personas con trastornos de personalidad y trastornos por uso de sustancias (TUS), los porcentajes son mucho mayores. Y estas cifras son similares en todo el mundo occidental, oscilando alrededor del 25% (3).

En España, al menos el 29% de las personas reclusas padecen enfermedades mentales (4) y el 30% de los internos tienen prescritos psicofármacos (5). Todos estos datos confirman lo que se conoce como “criminalización de la enfermedad mental”, a la que, de forma muy gráfica, el director de la National Alliance on Mental Illness (NAMI) se refería afirmando que “ser un enfermo mental hoy en América significa que algún día serás arrestado”.

Si revisamos la literatura, vemos que la prevalencia de los diversos trastornos psiquiátricos varía de unos estudios a otros, posiblemente por diferencias muestrales y metodológicas, pero todos ellos apuntan a un incremento de los TMG en los últimos años: del 17% en 2004 al 28% en 2011 (6).

La excesiva representación de enfermos mentales en prisiones se mantiene incluso cuando los análisis se ajustan corrigiendo las diferencias entre la población general y la penitenciaria teniendo en cuenta los antecedentes (7).

¿CÓMO HAN LLEGADO LOS ENFERMOS MENTALES A LAS PRISIONES?

Una hipótesis frecuentemente señalada es que el cierre de los hospitales psiquiátricos favoreció el paso de los enfermos mentales a las prisiones, al encontrarse estos sin los servicios comunitarios que permitieran su engarce en la comunidad. Es la hipótesis de la “transinstitucionalización”, que ya Foucault parecía intuir cuando se planteaba que, si una sociedad liberaba de su encierro a los locos, ¿no significará esto que la prisión ocupará el espacio vacío dejado por el manicomio? (8). Sin embargo, muchos estudios comprobaron que no hubo una gran transferencia de sujetos desde los hospitales psiquiátricos a las prisiones y que las características demográficas y clínicas no son similares entre los sujetos previamente hospitalizados en psiquiátricos y los enfermos mentales que encontramos en prisiones. Quizás una pequeña parte del último incremento de enfermos mentales en prisión, menor del 20%, se pueda atribuir a sujetos que previamente se habían tratado en hospitales psiquiátricos (9).

Una segunda posibilidad es que los enfermos mentales presenten arrestos de repetición por causar molestias o por estar en situación de calle debido a sus alteraciones mentales no tratadas, por lo que acumulan antecedentes delictivos, lo que aumenta la probabilidad de ser detenidos en el futuro por nuevos delitos menores. Como luego veremos, la enfermedad mental no tiene un peso significativo en la aparición de graves conductas delictivas.

Otra hipótesis es que los enfermos mentales sean arrestados y procesados por problemas relacionados con un TUS, que muchos de ellos presentan, facilitando la comisión de delitos de bajo nivel asociados a las drogas o bien porque se relacionan con sujetos que pueden intervenir en otras conductas criminales. Además, reciben sentencias más duras que otros convictos por cargos similares (9).

Hay autores que señalan que es la falta de acceso a un tratamiento efectivo de salud mental en la comunidad lo que produce una exacerbación de los síntomas y complicaciones que acabarán en un arresto. La evidencia disponible que apoya esta posibilidad es muy débil, pues sabemos que menos del 20% de los crímenes cometidos por enfermos mentales están precedidos por un empeoramiento de su sintomatología (9).

Una quinta propuesta es que la capacidad de detección de la enfermedad mental en prisión ha mejorado y por ello los datos parecen aumentar. Esta explicación puede ser parcialmente cierta, pero no coincide con el hecho de que los estudios epidemiológicos previos a 1990 no detectaban datos de TMG en población penitenciaria superiores a los de la población general (10).

Un factor no causal pero que sí ayudaría al mantenimiento de altas tasas de enfermos en prisión es que, una vez que los enfermos mentales ingresan en las cárceles, las propias dinámicas del sistema judicial contribuyen a sus altas tasas de prevalencia, en cuanto que reciben condenas más largas que otros internos por los mismos

delitos, tienen menos posibilidades de salir en tercer grado, tienen más riesgo de verse envueltos en agresiones durante el ingreso, especialmente como víctimas de las mismas, y menos probabilidades de salir en libertad condicional en fases tempranas, por lo que acaban cumpliendo sus condenas íntegras y en caso de salir en libertad presentan más riesgo de retornar a prisión (3,9).

Reducir las tasas de enfermos mentales en prisión es un objetivo humanitario irrenunciable por varios motivos (3,9):

- El tratamiento de salud mental que se pueda ofrecer en prisión, incluso en el mejor de los casos posibles, será siempre inadecuado, pues tiene lugar en un contexto antiterapéutico por definición.
- El ambiente carcelario contribuye de manera significativa al deterioro de la persona con patología psiquiátrica.
- El aislamiento penitenciario es especialmente dañino y los enfermos mentales acceden al mismo fácilmente, al verse envueltos en peleas o presentar alteraciones conductuales.
- Los enfermos mentales tienen más riesgo de ser víctimas de abusos y están menos capacitados para protegerse que el resto de los internos.

Todas estas circunstancias se han visto recientemente muy reforzadas por la resolución de Naciones Unidas al aprobar en su 70ª Sesión las llamadas “Reglas Nelson Mandela” en diciembre de 2015 (11). La regla 109 dice: “1. No deberán permanecer en prisión las personas a quienes no se considere penalmente responsables o a quienes se diagnostique una discapacidad o enfermedad mental grave, cuyo estado pudiera agravarse en prisión, y se procurará trasladar a esas personas a centros de salud mental lo antes posible”.

¿CUÁLES SON LAS RELACIONES ENTRE ENFERMEDAD MENTAL, VIOLENCIA Y CRIMEN?

Es una relación compleja y bidireccional, pues, si bien nos interesamos en estos momentos por las personas con padecimientos mentales y portadoras de diagnósticos psiquiátricos que son autoras de violencia, no podemos obviar que las personas que padecen trastorno mental son víctimas, y no autoras, de la violencia ajena en una proporción mucho mayor (tienen entre dos y cuatro veces mayor probabilidad de ser víctimas que perpetradores de violencia) (12). Este asunto está recibiendo cada vez mayor atención (13,14) y merece un estudio diferenciado que no podemos abordar en el presente artículo.

Más allá de la asociación proporcionada por años de sesgo de prejuicio y estigma, la relación entre enfermedad mental y delito, violencia y criminalidad, es una relación débil e indirecta: la mayor parte de las personas con algún tipo de trastorno

mental grave no cometen ningún delito en su vida y la mayor parte de los delitos, incluidos los más graves, son cometidos por personas que no padecen trastornos mentales, de modo que la contribución de la enfermedad mental a la criminalidad es muy baja, exigua en palabras de algunos expertos (3). A su vez, la mayor parte de los delitos cometidos por personas con enfermedad mental son leves y se producen con notable frecuencia en el contexto familiar.

Para explorar esta relación entre delito—criminalidad y trastorno mental se han seguido distintos tipos de abordaje (15), que resumimos a continuación:

En la segunda mitad del siglo XX se desplegaron, especialmente en los países nórdicos, estudios de seguimiento de cohortes de población desde el nacimiento con registro de patología mental (hospitalización psiquiátrica) y de conductas delictivas (16) durante largos periodos, de 26 años (17), 30 años (18) y 43 años (19). Estos estudios encuentran que quienes requirieron hospitalización psiquiátrica en alguna ocasión acumulaban más conductas delictivas que el resto de población, sobre todo en caso de hombres con abuso de alcohol o drogas, trastorno disocial de la personalidad y discapacidad intelectual.

Cuando en otros estudios longitudinales se registró en particular la presencia de conductas delictivas en personas con diagnóstico de TMG, con seguimiento tras el alta del hospital (en población sueca, 17 años de seguimiento de 644 pacientes), encontraron que los delitos leves fueron cuatro veces más frecuentes que en la población general, sin apenas delitos graves, que se registraron con una frecuencia calificada de irrelevante (20). Y en el seguimiento de otros 1056 pacientes durante 10 años, se encontraron 11 casos de violencia grave frente a personas (21).

Fuera de Europa, el estudio más relevante fue el de MacArthur, que evaluaba la presencia de conductas violentas, cada 10 semanas, tras la salida del hospital, encontrando aumento de conductas violentas en las 20 semanas siguientes al alta, que sucedió casi exclusivamente en pacientes que abusaron de alcohol o drogas. Sí que se encontraron diferencias con el resto de la población en el seguimiento de un año (22).

También es relevante el estudio naturalístico, con tasas mínimas de delitos (3 pacientes de 1000 cometieron algún tipo de violencia, a lo largo de 5 años, después de ser dados de alta, tras años de hospitalización por supuesta peligrosidad). Fue una decisión tomada por la Corte Suprema tras el juicio *Baxstrom vs. Herold*, en el que un paciente denunció por ingreso prolongado impropio, en 1966 (3).

En un estudio reciente realizado en Vizcaya, la población que estaba siendo atendida por primeros episodios psicóticos presentó a lo largo del periodo de seguimiento de 7 años una tasa de conducta violenta /delictiva /criminal menor que la presentada por la población general (23).

Uno de los estudios recientes más relevantes sobre esta cuestión (24), de amplia revisión de población con diversos diagnósticos psiquiátricos, encontró que

la población con diagnóstico presenta más conductas violentas que la población sin diagnóstico (con incidencia variable entre menos del 5% y 10%; más del 10% en caso de abuso de sustancias en seguimiento 5-10 años), siendo los aspectos más potentes en cuanto a predicción de riesgo de criminalidad el haber presentado criminalidad previa y el abuso de sustancias comórbido. Un segundo estudio de seguimiento y metaanálisis, realizado sobre 51.309 sujetos entre 20 y 54 años, residentes en 15 países distintos, durante 35 años, encontró que, aun con resultados heterogéneos, la perpetración de violencia (menos de 1 de cada 4 hombres y menos de 1 de cada 20 mujeres) puede ser un objetivo importante para la prevención y reducción del estigma en las personas con diagnóstico del espectro de la esquizofrenia (25).

Como información complementaria, conviene señalar la existencia de estudios que indican que una pequeña proporción de pacientes acumula una alta frecuencia de delitos por conductas violentas (5% de hombres responsables del 30% de actos violentos; 5% de mujeres responsables del 50%, en estudios daneses; y una proporción muy similar en Suecia), manteniéndose, por tanto, en la población de pacientes, tendencias análogas, de concentración de delitos, a las observadas en el resto de población (p. ej., en Inglaterra y Gales se encontró que un 7% de los hombres eran responsables del 60% de los delitos). Datos que apuntan a la necesidad de estudiar particularmente las características de esas poblaciones “de mayor riesgo” y la posibilidad de intervenciones preventivas.

Una conclusión importante de estos estudios de seguimiento en poblaciones es que el “trastorno mental” no se comporta como una variable independiente a la hora de establecer predicción de riesgo de conductas delictivas. Es decir, la persona con trastorno mental que delinque comparte factores de riesgo (biográficos, psicosociales, sociodemográficos) con el resto de la población que comete delitos. No es fácil sopesar en cada caso la contribución del factor diagnóstico psiquiátrico a la comisión del delito. Se puede estimar individualmente, mediante análisis cualitativo, pero no de forma global para el conjunto de las personas con diagnóstico (exceptuando trastorno de personalidad disocial, psicopatía y abuso de sustancias).

Los factores de riesgo son dinámicos y debemos abordarlos de forma proporcional a la gravedad del factor. Los principales son (3):

- Varones jóvenes.
- Historial previo asocial/criminal.
- Patrón de personalidad antisocial: se relaciona con factores como la impulsividad, la ira, la baja tolerancia a la frustración, la externalización, etc.
- Cognición antisocial: es la secuela psicológica de la encarcelación. Si los códigos que se aprenden para sobrevivir en prisión se mantienen al salir, aumenta el riesgo de nuevas detenciones.

- Pares antisociales.
- Familia/parejas desestructuradas.
- Escuela/trabajo deficitario.
- Bajos niveles de rendimiento/satisfacción en escuela/trabajo. No saber usar el tiempo libre.
- Abuso de sustancias.

Los casos de violencia terrible causados por personas con enfermedad mental no son representativos, pero sí muy aireados por los medios de comunicación social. Estos pocos casos, además, ilustran lo que ocurre cuando los servicios de salud mental públicos abandonan sus responsabilidades sobre pacientes graves y cuando el TMG no es reconocido ni tratado.

La mayoría de los casos que entran en el sistema judicial no lo hacen por un deterioro de su estado psiquiátrico que precipite el crimen o la violencia. Menos del 20% de los crímenes cometidos por enfermos mentales están precedidos por un empeoramiento de su sintomatología, de modo que la relación suele ser indirecta. En general, nos encontramos personas con escasos medios, con situaciones vitales estresantes y disgregadas, y con dificultades para adherirse a programas terapéuticos convencionales (9).

Pero, además, aunque sabemos que las personas con enfermedad mental tienen un riesgo mayor, estadísticamente significativo, de verse involucradas en situaciones de violencia (como agentes y como víctimas), tenemos limitaciones concretas para actuar, que podemos resumir en dos tipos:

- a) Por no conocer las relaciones específicas más allá del efecto grupal,
 - No sabemos la relación de cada tipo de trastorno con el riesgo de violencia.
 - La esquizofrenia y la depresión tienen una relación varias veces más débil que en las personas con TUS o rasgos antisociales de personalidad.
 - La relación cambia entre unos sujetos y otros, y también en la misma persona con el tiempo.
 - La relación de la asociación no es nunca ni fuerte ni totalmente consistente.
 - Los metaanálisis señalan que la asociación varía considerablemente entre distintos estudios y parece relacionada con las características del diseño del estudio.
 - Estudios comprensivos, de campo, sólidamente controlados, con métodos de autoinformación, señalan que los sujetos con TMG no tienen una mayor probabilidad de violencia comparados con sus vecinos, y si hay aumentos, se relacionan con la existencia de comorbilidad con TUS.

- b) Por no conocer el poder predictivo de los trastornos mentales como factor de riesgo en un sujeto concreto para que se involucre en actos violentos o criminales.
- El trastorno mental no es un factor potente como predictor de violencia futura, de hecho, no se considera dentro los principales factores de riesgo criminogénicos en EE. UU. (3).
 - Solo el 4% de la violencia criminal en EE. UU. se podría atribuir razonablemente a las personas con enfermedad mental (3).
 - El trastorno mental no es fijo, varía con el tiempo en su nivel de intensidad y las vías de presentación y, en gran medida, en una relación muy estrecha con su entorno inmediato.

Parece que la violencia y la enfermedad mental acaban entendiéndose mejor como resultados asociados al hecho de crecer en ambientes de alto riesgo de pobreza y exclusión social, o pertenencia a familias muy desestructuradas. Así, encontramos la asociación entre ambas variables, pero sin un nexo causal entre ellas. Es por esto que el grupo de los enfermos mentales que están en prisión no se diferencian del resto de presos con claridad: se solapan. Los problemas de salud mental no son componentes centrales de la vida de muchos sujetos con enfermedad mental. Los trastornos mentales los entenderemos mejor como fuerzas que influyen en la formación del contexto social del individuo a través de sus “actividades rutinarias” o “circunstancias vitales locales” (26).

El trastorno mental tiene efectos difusos sobre los sujetos, que aumentan la probabilidad de conductas violentas a través de un efecto indirecto sobre su mundo social. Por tanto, nuestras intervenciones serán más efectivas si adoptamos “el paradigma de la recuperación” en lugar del “modelo de la cura”. Tenemos que centrarnos en conseguir cambios positivos en la persona, que se relacionan con el aumento de esperanza y el sentimiento de un mayor control sobre su propia vida (27).

Desde este modelo, la importancia del tratamiento de la enfermedad mental se reencuadra y varía el foco de intervención, de modo que para prevenir las recidivas delictivas tendremos que trabajar sobre los factores de riesgo más importantes, que son semejantes en personas con enfermedad mental y sin ella (9).

PROPUESTAS PARA DISMINUIR LA ENTRADA DE ENFERMOS MENTALES EN PRISIÓN

Si, como vemos, la enfermedad mental no correlaciona directamente con la violencia, aumentar los servicios de salud mental no será la solución, pues su efecto será muy bajo, y, además, muchos de los pacientes con delitos no acuden a los servicios públicos. La única vía con cierta evidencia sería aumentar los equipos de tratamiento asertivo comunitario (28), que, sin ser una panacea, nos permiten ser más efectivos en el pequeño grupo de enfermos mentales que entran en el sistema

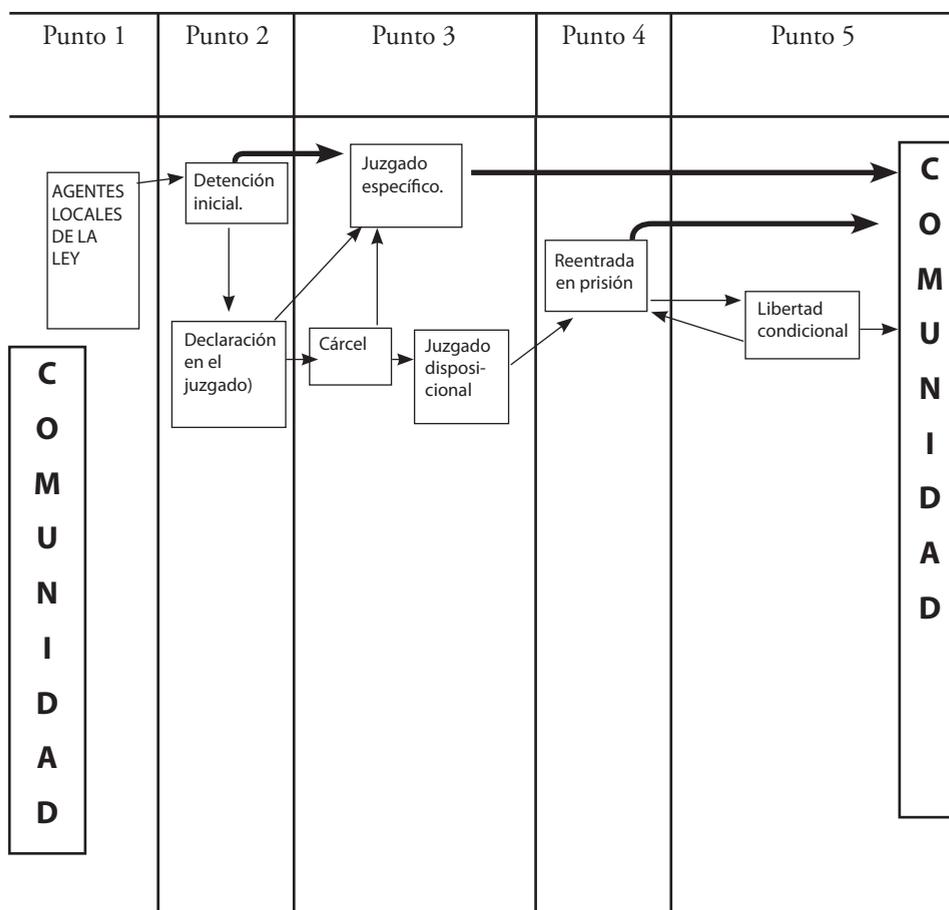
judicial por tener una relación más evidente entre síntomas y violencia, así como conseguir reducciones significativas en las recidivas.

Hay que disminuir la desproporcionada presencia de enfermos mentales en prisión, pues el encarcelamiento casi nunca tiene un efecto positivo sobre la enfermedad mental, raramente reduce el riesgo de cometer delitos futuros, disminuye las posibilidades de una recuperación satisfactoria y aumenta los riesgos de ser víctima de violencia.

El modelo de interceptación secuencial (Figura 1) (29) es un marco útil para encontrar los puntos clave del itinerario judicial en los que podemos actuar para desviar a los enfermos mentales de la prisión y, cuando sea adecuado, dirigirlos hacia el cuidado en salud mental.

FIGURA 1

Modelo de interceptación secuencial



Modificado de Munetz y Griffin, 2006 (29)

A) *Intervenciones previas a la entrada en prisión*

1) *Reforzar los servicios de salud mental comunitarios*, incluyendo en una sola red la atención de salud mental y toxicomanías, debido a la alta prevalencia de patología dual. Fomentar especialmente los Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario, con disponibilidad de alternativas de alojamiento, pues son los que han demostrado mayor evidencia en este terreno (30). Aunque sabemos que su efecto será limitado, pues solo modificará el 4% de violencia relacionada con un empeoramiento del estado psicopatológico de una persona.

En EE. UU., a raíz del caso Bellevue y la Ley Kendra de 1999, se puso en marcha el programa de Tratamiento Ambulatorio Supervisado –a menudo asociado a equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario– o “*case management*” clínico intensivo o análogos.

En Finlandia el Código Penal no incluye el Tratamiento Ambulatorio Involuntario (31).

2) *Servicios de Desviación*. Su objetivo será identificar detenidos con trastornos psiquiátricos para negociar con la policía, abogados, fiscales y jueces, e intentar desviar a estos detenidos del camino de la prisión hacia programas donde reciban tratamiento en la comunidad:

a. Mejorar la capacidad de las fuerzas de orden público para reconocer y desviar a los enfermos mentales. Existen tres modelos: entrenar a policías voluntarios que se constituyen en equipos de intervención en crisis para estos casos; profesionales de salud mental (psicólogos y trabajadores sociales) que se integran en los departamentos policiales para ofrecer apoyo sobre el terreno; y equipos móviles de salud mental de intervención en crisis que actúan con independencia pero siempre en coordinación con la policía (3). Tenemos poca evidencia sobre los resultados de estos modelos: todos mejoran claramente las competencias y actitudes de las fuerzas de orden público, pero no sabemos si esto disminuye el número de arrestos y encarcelamientos (32).

No hay que olvidar que estas intervenciones pueden desviar pacientes, pero esto no supone automáticamente su asunción por la red pública, pues son bien conocidas las resistencias para tratar a estas personas y será necesario trabajarlas.

b) Los juzgados específicos de salud mental, que se basan en que el tratamiento apropiado reducirá los contactos de los enfermos con la justicia, a través de una supervisión estrecha y de soporte por parte del juzgado para favorecer la adherencia al tratamiento. Se iniciaron en Florida en

1997 y en 2013 hay más de 335 en EE. UU. Suelen estar constituidos por 1 juez, 1 fiscal, 1-2 abogados defensores y un equipo clínico (psicólogos y trabajadores sociales). Trabajan desde el concepto de Justicia Terapéutica y con un objetivo rehabilitador (3). Su funcionamiento requiere que el paciente se declare culpable voluntariamente y así se suspende el juicio y la sentencia por parte del fiscal, evitando que el 95% de los casos lleguen a juicio. El juez cambia la prisión por un programa de tratamiento en la comunidad, que oscila de 6 a 9 meses para los casos más leves hasta 1-2 años en casos graves. Al terminar el programa no constan antecedentes penales en su expediente. Si el equipo de supervisión comprueba que no se cumplen los requisitos del programa de tratamiento, entonces se aplica una condena de hasta cinco años de prisión.

Es muy importante para el éxito de estas intervenciones que el detenido tenga una buena percepción de la justicia procesal (3) y para ello debe sentirse respetado, tratado de manera justa y sentir que se tienen en cuenta sus preferencias (tener voz en cuanto a la elección del tipo de tratamiento, lugar de tratamiento, etc.). Además, es necesario resolver otros problemas subyacentes al delito, pues ya hemos visto que la sintomatología psiquiátrica tiene poco peso en estos casos.

La evidencia sobre los juzgados especiales no es concluyente, pues actúan solo sobre una pequeña parte de esta población, debido a sus criterios de selección (que se negocian entre el fiscal y las agencias de tratamiento), a los vetos de las víctimas y abogados y a la necesidad de que el sujeto acepte las condiciones exigidas (que en ocasiones son muy rígidas y prefieren cumplir la condena), de modo que acaban siendo una especie de “juzgados boutique” con escasa capacidad para reducir sustancialmente el flujo de enfermos mentales hacia el sistema penitenciario.

- 3) *Creación de bases de datos* que permitan identificar y caracterizar a los sujetos con problemas de salud mental en cada estadio del sistema judicial y ponerlos a disposición de los profesionales que tienen que tomar decisiones: fuerzas de orden público, centros de detención, prisiones... (9). Sin embargo, esta medida requiere de importantes medidas de salvaguarda para la protección de la intimidad y de los datos personales.
- 4) *Medidas penales alternativas a prisión*. Junto a estos juzgados especiales, no debemos olvidar las políticas para reducir los cargos o aplazar los juicios en delitos leves, que pueden favorecer desviaciones de casos “al por mayor”. En Suecia las personas con enfermedad mental pueden ser tenidas por responsables criminalmente pero no pueden ser condenadas a prisión. En

su lugar, se emiten órdenes específicas de tratamiento para este grupo, las cuales se clasifican como sanciones criminales. En Dinamarca y Noruega, existen Órdenes de Cuidados para personas con trastorno mental definidas en el Código Penal, que se clasifican como “medidas específicas” y no como castigos. En los tres países mencionados, las Órdenes de Cuidados las imponen los juzgados y los criterios de implementación vienen establecidos en el Código Penal. Todas las Órdenes de Cuidados son seguidas por autoridades médicas y su regulación depende de la Ley de Salud Mental (31).

B) Propuestas a implementar en los centros penitenciarios

- 1) *Aumentar significativamente la disponibilidad de servicios de salud mental en prisiones* para evitar las crisis y el deterioro psiquiátrico de los internos. Se trata de una necesidad humanitaria irrenunciable, aunque no sea útil para reducir las tasas de crímenes y violencia.
 - a. Mantener los servicios de salud mental tradicionales reforzándolos. Deben ser equipos multidisciplinares, independientes respecto a la autoridad penitenciaria, que refuercen su papel de cuidadores a través de la reafirmación del secreto médico y del consentimiento informado. (30).
 - b. Sería necesario cumplir el mandato legal para traspasar a las CC. AA. las competencias sobre sanidad penitenciaria (Disp. Adic. 6ª Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud) (33), hasta ahora incumplido, salvo en los casos de Cataluña, el País Vasco y Navarra.
 - c. Crear unidades especializadas y bien equipadas para alojar internos con deterioro de su salud mental y que precisen atención psiquiátrica, que constituyan una alternativa real al aislamiento penitenciario.
 - d. Promover servicios de Apoyo Mutuo, entendido como un soporte social, emocional e instrumental que se lleva a cabo por personas con enfermedad mental hacia otras con problemas similares para producir el cambio social o personal deseado. Este modelo es muy atractivo, pues entronca con el paradigma de la recuperación, incluye técnicas de terapia cognitivo conductual y de resolución de problemas dirigidas a reducir las actitudes delictogénicas. Se basa en que el cambio positivo ocurre desde un proceso de aprendizaje social, por modelado de conductas, y aumenta la sensación de autoeficacia. Su coste es relativamente bajo.
No tenemos evidencia sobre su efectividad en los enfermos mentales presos.

- 2) *Entrenamiento y formación en salud mental* para personal del sistema judicial y funcionarios de prisiones. Tenemos alguna evidencia de que mejoran las actitudes y disminuye la distancia social con el enfermo mental (32).
- 3) *Facilitar la intervención de ONGs* dispuestas a colaborar y con experiencia en el medio penitenciario.

C) *Acciones de rehabilitación y reinserción social de cara a la excarcelación*

- 1) Será necesario contar con *equipos colaborativos entre Justicia y Salud Mental* que ofrezcan cuidados adecuados y tratamientos antes de la excarcelación, elaborando y participando en un plan de recuperación de los enfermos mentales que abandonan la prisión, pues tras la liberación tienen más probabilidades de ser hospitalizados, de quedar en situación de calle y sufrir nuevas detenciones. Hay datos que sugieren la disminución de recaídas con estos equipos (34), que para funcionar bien deben cumplir varios requisitos:
 - a. Manejar un número limitado de casos claramente definidos.
 - b. Ser flexibles y mantener una coordinación con los agentes del sistema judicial.
 - c. Priorizar aquellos casos de más necesidad y mayor riesgo de recidiva.
 - d. Compartir un consenso clínico sobre los aspectos a trabajar y los abordajes a utilizar.
 - e. Deben tener fondos y recursos propios que puedan manejar sin depender de autorizaciones de otras instancias.
- 2) Los *equipos de tratamiento asertivo-comunitario* logran reducir el número y duración de hospitalizaciones psiquiátricas, así como el número de entradas en el sistema judicial, los reingresos en prisión y el número de cargos durante el año siguiente (35), e incluso en años sucesivos, como en la experiencia acumulada en Sevilla a lo largo de 7 años (36). Un beneficio importante de estos equipos es que obligan a la red de salud mental a atender a estos pacientes que a veces son rechazados por el sistema.
- 3) El uso del *tratamiento ambulatorio involuntario* es controvertido: puede tener sentido en un marco temporal como alternativa a la prisión, pero a largo plazo socava la relación terapéutica, limita la libertad del ciudadano y su derecho a no tratarse.
- 4) Uno de los mayores obstáculos tras la excarcelación para la integración del sujeto en la comunidad es la ausencia de respuestas que incluyan *soluciones habitacionales y residenciales*.

CONCLUSIONES

Necesitamos sacar a las personas con enfermedad mental del sistema judicial y penitenciario en la misma medida en que nuestras prácticas actuales los han llevado dentro y los han abandonado allí.

Paradójicamente, la forma de hacerlo se basa en reconocer que el grupo de los enfermos mentales no es distinto al resto de internos en prisión, y la influencia de los síntomas psiquiátricos, tanto en su entrada como en su mantenimiento posterior en la comunidad, es mínima.

Las intervenciones comunitarias orientadas al modelo de rehabilitación y reinsertión social deben incluir la valoración de los factores de riesgo de violencia y de reincidencia criminal (no la peligrosidad, que no es un concepto clínico), procurando intervenciones que permitan aminorarlos.

El juicio clínico de los profesionales no es un buen criterio para estimar el riesgo, pues siempre tendemos a sobrevalorarlo y asociarlo con la necesidad de un tratamiento farmacológico, pero ya hemos dicho que tratar la enfermedad mental no mejora la reincidencia.

Como hemos visto, la enfermedad mental y su tratamiento no se encuentra entre los principales factores de riesgo a abordar. Tenemos que dar respuesta a los problemas socioeconómicos, de vivienda y a la falta de oportunidades vitales de las personas que viven en los márgenes para favorecer su inclusión social y ayudarles en la recuperación del sentimiento de control sobre sus vidas.

Este proyecto emancipador, que pretende la recuperación de los pacientes mentales que han realizado delitos, a la vez que asumen la responsabilidad social de su culpa, requiere un compromiso de los sistemas de Justicia y de Salud (Mental) Pública y Comunitaria.

Junto a la perspectiva de Salud Mental Comunitaria, que estamos defendiendo, existen diversas iniciativas en el mundo jurídico, como es el caso de la Justicia Terapéutica (37), que está adquiriendo cada vez más relevancia en el escenario internacional, o los esfuerzos en pro de que otro Derecho Penal sea posible (38). Entre estos últimos destacan los valores y procedimientos propios de la Justicia Restaurativa, como la mediación, llamada a adquirir cada vez mayor relevancia en nuestros tribunales de Justicia.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23.000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 2002; 359(93): 545-550.
- (2) Hernández M. Pacientes mentales en prisión. Perspectiva internacional. En: Hernández M, Herrera R (coords.). *La atención a la salud mental de la población reclusa*. Estudios 30. Madrid: AEN, 2003.
- (3) Barber V. Programas alternativos a la encarcelación: una aproximación clínica. Jornadas “Alternativas a la prisión en salud mental: soluciones jurídicas para la inclusión social”, 2017. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=N3cG-A1Xp-w>
- (4) Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Encuesta Estatal sobre Salud y Drogas entre los Internados en Prisión (ESDIP). Madrid: DGPNsD, 2016.
- (5) Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario. Madrid. Ministerio del Interior- Subdirección general de Instituciones Penitenciarias, 2006.
- (6) Corrections Compendium. “Inmate Mental Health Care”, 2011. Disponible en: <https://www.highbeam.com/doc/1G1-286827785.html>.
- (7) Teplin LA, Abram KM, McClelland GM. Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women jail detainees. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53:505-12.
- (8) Rendueles G. Tratamiento penitenciario y tratamiento psiquiátrico: una analogía buena para pensar. En: Hernández M, Herrera R (coords): *La atención a la salud mental de la población reclusa*. Estudios 30. Madrid: AEN, 2003.
- (9) Mulvey EP, Schubert CA. Mentally ill individuals in jails and prisons. *Crime Justice* 2017; 46:231-277.
- (10) Vicens E, Tort V. El cumplimiento de la medicación y las implicaciones clínicas a largo plazo en la esquizofrenia en el ámbito penitenciario. *Rev Esp Sanidad Penitenciaria*. 2005; 7(2): 68-76.
- (11) Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). *Las reglas mínimas de las Naciones Unidas para el tratamiento de los reclusos. Un modelo actualizado para la gestión penitenciaria en el siglo XXI*, 2015.
- (12) Maniglio R. Severe mental illness and criminal victimization: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*. 2009;119: 180-191.
- (13) Loinaz I, Echeburúa E, Irureta M. Trastornos mentales como factor de riesgo de victimización. *Behavioral Psychology/ Psicología conductual* 2011; 19:421-438.
- (14) Echeburúa E. *Violencia y trastornos mentales. Una relación compleja*. Madrid: Pirámide, 2018.
- (15) Hernández M. Enfermedad mental y delito. Una perspectiva europea. *Documentación Social* 2011; 161:133-152.
- (16) Chiswick D. Asociación entre trastorno psiquiátrico y delito. En: Gelder MG, López Ibor JJ, Andreasen N (eds.) *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Psiquiatría Editores, 2003.
- (17) Tiihonen J, Isohanni M, Rasanen P, Koiranen M, Moring J. Specific major mental disorders and criminality: twenty-six-year prospective study of the 1966 northern Finnish birth cohort. *Am J Psychiatry* 1997; 154:840-845.

- (18) Hodgkin S. Mental disorder, intellectual deficiency, and crime: evidence from a birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 476-483.
- (19) Hodgins S, Mednick SA, Brennan PA, Schulsinger F, Engberg M. Mental disorder, and crime: evidence from a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53: 122-137.
- (20) Linnquist P, Allenbeck P. Schizophrenia and crime: a longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 345-350.
- (21) Belfrage H. A ten year follow up of criminality in Stockholm mental patients. *Br J Criminology* 1998; 38:145-155.
- (22) Steadman HJ, Mulvey EP, Monahan J, Robbins PC, Appelbaum PS, Grisso T, et al. Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 393-401.
- (23) Mentxaka Solozabal O. Primeros episodios psicóticos y delitos violentos. Tesis doctoral. Universidad del País Vasco, 2017.
- (24) Whiting D, Liechtenstein P, Fazel S. Violence and mental disorders: a structured review of associations by individual diagnoses, risk factors, and risk assessment. *Lancet Psychiatry* 2021;8(2):150-161.
- (25) Whiting D, Gulati G, Geddes JR, Fazel S. Association of schizophrenia spectrum disorders and violence perpetration in adults and adolescents from 15 countries. A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2022; 79(2):120-132.
- (26) Fisher WH, Silver E, Wolff N. Beyond criminalization: toward a criminologically informed framework for mental health policy and services research. *Adm Policy Ment Health*. 2006; 33 (5):544-57.
- (27) Farkas M. The vision of recovery today: What it is and what it means for services. *World Psychiatry* 2007; 6:68-74.
- (28) Pérez E. Atención a la salud mental en el medio penitenciario. En: Desviat M, Moreno A (ed). *Acciones de salud mental en la comunidad. Estudios 47*. Madrid: Asociación Española Neuropsiquiatría, 2012; pp. 704-13.
- (29) Munetz MR, Griffin PA. Use of the sequential intercept model as an approach to decriminalization of people with serious mental illness. *Psychiatr Serv*. 2006; 57(4):544-49.
- (30) Pérez E. ¿Psiquiatría penitenciaria? *Rev Esp Sanid Penit*. 2004; 6: 97-101.
- (31) Lappi-Sappälät T. Nordic sentencing. *Crime Justice* 2016; 45:17-82.
- (32) Hadlaczky G, Hökby S, Mkrтчian A, Carli V, Wasserman D. Mental health first aid is an effective public health intervention for improving knowledge, attitudes, and behavior: A meta-analysis. *Int Rev Psychiatry* 2014; 26(4):467-75.
- (33) Barrios Flores LF. El internamiento psiquiátrico penal en España: situación actual y propuestas de futuro. *Norte de salud mental*, 2021; 17(64): 25-38.
- (34) Kim K, Becker-Cohen M, Serakos M. The processing and treatment of mentally ill persons in the criminal justice system: A scan of practice and background analysis. Washington, DC: Urban Institute, 2015.
- (35) Swanson JW, Van Dorn RA, Swartz MS, Robbins PC, Steadman HJ, McGuire TG, et al. The cost of assisted outpatient treatment: can it save states money? *Am J Psychiatry* 2013, 170:1423-32.

- (36) Massé-García P, Lamas-Bosque FJ, Massé-Palomo A. Impacto sobre la vulnerabilidad psicótica del abordaje terapéutico en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla. *Rev Esp Sanid Penit* 2017; 19: 21-27.
- (37) Pillado E, Farto T. Hacia un proceso penal más reparador y resocializador: avances desde la Justicia Terapéutica. Madrid: Dykinson, 2019.
- (38) Segovia JL. Otro derecho penal es posible: la alternativa restaurativa. *Documentación social* 2011; 161: 67-85.



Problemas de salud mental en población penitenciaria. Un enfoque de salud pública

Mental health problems in prison population. A public health approach

MARCELINO LÓPEZ^a, MARGARITA LAVIANA^b, FRANCISCO JAVIER SAAVEDRA^c,
ANDRÉS LÓPEZ^d

a) Psiquiatra y sociólogo.

b) Psicóloga Clínica. Fundación Hispalense de Tutelas, Sevilla.

c) Psicólogo. Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla.

d) Psiquiatra. FAISEM.

Correspondencia: Marcelino López (marcelino.lopezal@gmail.com)

Recibido: 29/03/2021; aceptado: 02/11/2021

Resumen: Se revisa la literatura internacional sobre la prevalencia de personas con problemas de salud mental en instituciones penitenciarias, con especial interés por quienes presentan trastornos mentales graves. Se valoran así la magnitud del problema, sus probables factores causales y las soluciones posibles, en general y en su aplicación a nuestro país, tratando de situarse en una perspectiva intersectorial de salud pública, más allá de la habitualmente limitada de la psiquiatría.

Palabras clave: salud mental, salud pública, instituciones penitenciarias, servicios forenses, trastorno mental grave.

Abstract: International literature on the prevalence of people with mental health problems in prisons population is reviewed, with special interest for those with severe mental disorders. The magnitude of the problem, its likely causal factors and possible solutions, in general and in its application to our country, are valued, trying to offer a cross-sectoral perspective of public health, beyond the usually limited from psychiatry.

Key words: mental health, public health, prisons, forensic services, severe mental disorder.

La sobrerrepresentación de personas con enfermedades mentales graves en el sistema de justicia penal es un problema complejo. Una explicación (...) plantea que los cambios en las políticas de atención a las personas con enfermedades mentales graves desde los hospitales psiquiátricos a un tratamiento comunitario poco financiado originó su sobrerrepresentación en el sistema de justicia penal. (...) Sin embargo (...) es una explicación limitada (...) porque quita importancia a las fuerzas sociales y económicas que han contribuido a la implicación del sistema judicial y minimiza las complejas necesidades clínicas, criminógenas, de consumo de sustancias y de servicios sociales de las personas con enfermedades mentales graves. Se necesita un nuevo enfoque que se centre en abordar los múltiples factores que contribuyen a la implicación de esta población en el ámbito de la Justicia.

Natalie Bonfine, Amy Wilson y Mark Munetz, 2020 (1)

INTRODUCCIÓN

AUNQUE EL SIGNIFICADO DE LA EXPRESIÓN “SALUD PÚBLICA” no es unívoco, con múltiples definiciones y sentidos de uso relativos a sus principales referentes (2), cabe definirla, parafraseando a Robert Acheson (3), como una tecnología social que busca mejorar la salud de la población mediante el esfuerzo organizado de la sociedad. Podemos completar esta definición con una visión no excesivamente utópica de sus objetivos (no tanto mejorar el “bienestar” sino, más modestamente, disminuir la carga de la enfermedad) y relativamente amplia de sus campos (intersectorial y no exclusivamente sanitaria, aunque incluyendo, claro, servicios y profesionales sanitarios).

Ese es el marco para situar la generalizada constatación, en instituciones penitenciarias de muchos países, de un elevado porcentaje de personas con problemas de salud mental (4-6), especialmente de quienes presentan trastornos mentales graves (TMG) (7). El problema, incluyendo prisiones ordinarias e instituciones psiquiátricas forenses (8), interpela a la salud pública en los territorios en que se registra, al afectar al “esfuerzo social organizado” en varios aspectos, unidos pero relativamente independientes.

Lo primero, lógicamente, son las necesidades de atención de quienes, en los estudios epidemiológicos, presentan porcentajes importantes de diversos tipos de trastornos mentales, incluyendo los etiquetados de “graves” (4-9), coincidiendo con un fuerte incremento de personas encarceladas (10-12). Incrementos ambos derivados de procesos complejos, no bien conocidos pero con importantes repercusiones negativas en la salud de quienes deben vivir en prisión, donde suelen además recibir una atención insuficiente (6, 13, 14).

Luego están los factores determinantes de esa elevada prevalencia y de su evolución temporal, con inconclusos debates sobre el papel atribuible a los cam-

bios de políticas, sistemas e intervenciones de salud mental asociados al término “desinstitucionalización” (15-17). Pero también a la relación entre trastornos mentales y conductas delictivas, especialmente violentas (18-20) o a los cambios en la tolerancia social hacia quienes presentan este tipo de problemas y sus consecuencias funcionales en distintas instituciones (policía, administración de justicia, sistema penitenciario...), de nuevo aquí especialmente en relación con personas con TMG (1, 4, 21-23).

Y finalmente interesan las estrategias e intervenciones coherentes con los datos del problema y con las políticas relevantes de atención en salud mental y que disponen, a su vez, de la razonable evidencia empírica para considerar que pueden contribuir a reducir progresivamente su magnitud y repercusiones (1, 4, 6, 10, 23).

Al respecto hay un número creciente de publicaciones internacionales, mayoritariamente anglosajonas (de Estados Unidos y del Reino Unido, fundamentalmente) que permiten hacerse una visión de conjunto y un esquema razonable para integrar nuevos conocimientos y orientar la investigación y la intervención.

En nuestro país esos aspectos adquieren inevitablemente matices propios, afectando al conocimiento de los parámetros básicos de la situación y a los intentos y propuestas para resolverla. Y aquí hay que reseñar la histórica preocupación de la AEN, desde la ponencia coordinada por Mariano Hernández y Rafael Herrera para su Congreso de 2003 (24) y el trabajo del Grupo de Salud Mental en Prisión junto a la SESP (Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria) (25), en un encomiable abordaje del tema, pese a inevitables insuficiencias y aspectos discutibles.

Son problemas relevantes para la salud pública, cuyo enfoque global permite a su vez superar las limitaciones del estrictamente sanitario con que suelen abordarse, articulando perspectivas intersectoriales (sociológicas, judiciales y penitenciarias) en una visión de conjunto más matizada y compleja que la exclusivamente psiquiátrica.

En ese contexto, tratamos de sintetizar la información disponible sobre esos distintos aspectos, como base para intentar articular una respuesta coherente a los desafíos que el problema nos plantea.

Partimos de dos revisiones previas: una de 2008 sobre violencia y enfermedad mental para la participación en otra ponencia (19) y de 2010-2014 sobre prevalencia en prisiones para la preparación y posterior publicación de los resultados de nuestro estudio (17). La información se actualizó consultando nuevamente Medline, Web of Sciences, Scopus y Google Scholar, seleccionando preferentemente artículos de revisión de los últimos diez años e incluyendo perspectivas más amplias que la estrictamente psiquiátrica.

Varios aspectos de la información disponible permiten delimitar el problema, sin olvidar que, como dijimos, encontramos personas con trastornos mentales en dos tipos de instituciones penitenciarias: prisiones ordinarias e instituciones psiquiátricas forenses. Habitualmente, como aquí, a las primeras van quienes son considerados responsables del delito cometido y a las segundas quienes se aprecia que lo han cometido por su enfermedad mental (26), enfatizando respectivamente el delito y la enfermedad, aunque haya siempre una intención de defensa social, más allá de las proclamas oficiales y las diferencias institucionales (27).

Las primeras parecen suscitar mayor interés y preocupación, pero en ambas nos interesan tres cuestiones: el número de personas afectadas, sus diferentes problemas y necesidades y las respuestas que reciben.

a) Una prevalencia global elevada

Hace décadas que distintos estudios, objeto a su vez de importantes revisiones sistemáticas¹, muestran en diversos países una elevada prevalencia de problemas de salud mental en prisiones, con tasas superiores a las encontradas en poblaciones generales (5, 6, 35, 36). Pese a problemas de definición de casos y criterios diagnósticos y de metodología e instrumentos de medida, unos comunes a la investigación epidemiológica en salud mental (37,38) y otros más específicos² (6,35, 39), ofrecen una imagen general bastante consistente, con cifras globales de prevalencia habitualmente situadas entre el 50 y el 80% del total de personas encarceladas, frente a no más del 20-25% en estudios poblacionales (40, 41).

Este curioso patrón común está presente, con oscilaciones locales, en países sociocultural y económicamente diversos (35,36, 42, 43) y con también diversos sistemas de atención³. Así como en diferentes tipos de prisiones y situaciones penales (35, 36, 46-48).

La escasez de estudios de incidencia impide analizar la relación entre prisión y problemas de salud mental (7, 35), aunque cabe suponer el doble efecto: algunos problemas aumentan la probabilidad de terminar encarcelado y el encarcelamiento (y todo lo que lo rodea) repercute negativamente sobre la salud mental de priso-

¹ Muchas desde el grupo de investigación coordinado por Seená Fazel, desde la Universidad de Oxford, con magníficas síntesis sobre distintos aspectos del tema (6, 7, 18, 28-34).

² Como la dudosa adecuación de muchos instrumentos, la dificultad de diferenciar estados de ánimo "contextualmente normales" y las sospechas de falsedad en alguna información personal suministrada.

³ Es especialmente llamativa la similitud de tasas encontradas en Francia (44) e Italia (45), países con muy diferentes sistemas de atención, con y sin hospitales psiquiátricos.

neros y prisioneras. Los efectos específicos de la prisión a medio y largo plazo no están sin embargo claros, con variaciones relacionadas entre otras cosas con el tipo de trastorno (35, 49).

Paralelamente, hay también un incremento de personas en instituciones forenses, aunque menos generalizado y con mayores diferencias territoriales, dada la diversidad de sus sistemas organizativos (8, 22, 50, 51).

b) Una importante diversidad de problemas

Las cifras globales definen un problema de salud pública, objeto de atención, cuando no de alarma (52). Pero encubren una diversidad de problemas concretos, con perfiles diferenciados de al menos cinco grupos (5, 6, 17, 36) y elevadas cifras de la llamada “comorbilidad”, que, más allá de algunas asociaciones claras (53-55) encontradas también en población general (56, 57), pudiera ser mayoritariamente un artefacto de los actuales sistemas clasificatorios (58):

1. Abuso y dependencia del alcohol y otras sustancias, habitualmente el grupo más frecuente (29), por sí mismo y por su elevada “comorbilidad” con los restantes (53, 55), afectando a entre la cuarta parte y más de la mitad de las personas encarceladas.
2. Trastornos de personalidad, de igualmente elevadas prevalencia y asociación tanto con otros problemas como entre los diversos “tipos” de sus clasificaciones habituales (“disocial” y “límite”, entre los más frecuentes) (55).
3. Trastornos mentales comunes (TMC), incluyendo trastornos afectivos y de ansiedad (54), cuya supuesta “comorbilidad” traduce un problema común (57) que suele afectar a más del 20 % de esta población, porcentaje no tan lejano del de la población general (40, 41).
4. Discapacidades intelectuales, con cifras muy variables entre estudios y países (30), habitualmente menores pero cuya presencia en prisión resulta “curiosa”.
5. YTMG, incluyendo esquizofrenia, psicosis delirantes y psicosis afectivas (no siempre diferenciadas entre las llamadas “depresiones mayores”), grupo de especial interés, objeto central del debate y de las dificultades de atención (6, 7), con cifras medias en torno al 4 % del total de personas encarceladas.

Diferenciarlos es importante, pues tienen características propias en magnitud, justificación de su estancia en prisión, manejo judicial y penitenciario y necesidades de atención sanitaria y social. Así, parece que el problema fundamental, mayoritariamente asociado a los delitos y al encarcelamiento, es la combinación de consumo de sustancias (10) y trastornos de personalidad (53), y que la elevada prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos encontrada en los estudios es difícil de valorar, di-

ferenciando la patología estricta de las manifestaciones propias del encarcelamiento. Por su parte, el caso de los TMG, pese a su menor magnitud, necesita, como veremos más adelante, un análisis específico.

Los datos sobre género varían, pero las mujeres, menores en números absolutos pero en creciente incremento (59), suelen tener mayores tasas de TMC (especialmente depresiones), psicosis y drogodependencia y menores de alcoholismo y trastornos de personalidad (superiores en el caso del trastorno límite) (6, 7, 59, 60). La edad está dentro del rango habitual en las prisiones, aunque aumentan las personas mayores (61). Y el perfil social de quienes tienen algún trastorno no difiere del general de quienes cometen delitos, asociándose a situaciones de desigualdad y marginación social (7, 62, 63).

No tenemos tendencias temporales precisas, importantes para valorar posibles causas. Sobre psicosis, hay datos comparativos en dos revisiones del grupo de Seena Fazel (7, 28), que, en 10 años, no encuentran variaciones significativas en las tasas, aunque el número de personas afectadas aumenta con el de personas encarceladas.

Porque esta elevada presencia de personas con patologías mentales sucede en el marco de un aún más notable y continuado crecimiento de personas encarceladas en esos países (10-12, 64-67), proceso este no siempre relacionable con la evolución temporal de delitos (64, 65). Que 11 millones de personas en el mundo estuviesen en prisión (1,5 ‰) en 2018 (68, 69) es un dato relevante, frecuentemente ignorado al valorar la situación de las personas con trastornos mentales desde la perspectiva psiquiátrica habitual, a diferencia de las sociológicas, penales o de salud pública (4, 5, 10, 11, 21, 22). Lo que sitúa a quienes presentan trastornos mentales dentro del “encierro” de un número más amplio de personas en situaciones sociales “desfavorables”, compartiendo factores de pobreza, desempleo, bajo nivel cultural, consumo de sustancias, maltrato infantil, etc. (11).

Hay información relevante sobre EE. UU. (67, 68)⁴, no siempre generalizable a otros contextos pero indicativa de la pluralidad de factores implicados (económicos, políticos, legales, culturales, etc.).

Comparando las tasas de prevalencia con las obtenidas en poblaciones generales con metodologías e instrumentos comunes (69-71) y considerando sus respectivos denominadores, vemos que el número absoluto de personas con trastornos mentales en prisión es, pese a todo, una mínima parte del conjunto de personas con problemas, especialmente con TMG. Aspecto importante para valorar su relación con la comisión de delitos.

Los estudios muestran también una escasa identificación y un deficiente tratamiento de estas personas en las prisiones (6, 10, 13, 14, 42, 72, 73), con

⁴ Que pasa de 300.000 personas encarceladas en 1977 (67) a 2.121.600 en 2018 (66).

graves consecuencias para su salud, sumadas al efecto nocivo del encarcelamiento. Así, los elevados porcentajes de suicidios (31), reincidencias (73) y dificultades de adaptación posterior, especialmente en quienes presentan problemas más graves (74).

Paralelamente hay un número importante de personas atendidas en instituciones psiquiátricas forenses, frecuentemente durante largos periodos (8, 50, 51, 75), aunque con ya referidas variaciones entre países (51, 75). Suelen ser personas con TMG y trastornos de personalidad, especialmente antisocial y límite, derivadas formalmente para su “tratamiento”, pero con un componente de control social (27), en continuidad con los orígenes de la psiquiatría (76). Y radicando habitualmente en hospitales psiquiátricos (HP) (51, 75).

c) Y la correspondiente diversidad de necesidades de atención

Globalmente no es fácil valorar las necesidades de atención de los distintos grupos identificados en estudios de prevalencia, ni en instituciones penitenciarias ni en población general, entre otras cosas porque, si pudiéramos revisar las estimaciones con criterios de significatividad clínica, las cifras disminuirían bastante (77)⁵. En cualquier caso, cabe pensar que:

1. Las personas con problemas de adicciones necesitan atención el menos en los primeros momentos de su estancia en prisión, aunque resulta llamativa la persistencia del problema dentro de la cárcel (17).
2. La mayoría de quienes presentan cuadros depresivos y de ansiedad (encuadrables como TMC) pueden recibir tratamientos no muy diferentes de los que recibirían fuera de las instituciones.
3. Las personas identificadas con trastornos de personalidad (mayoritariamente “límite” y “disocial”) no está claro que se correspondan exactamente con los habitualmente tratados fuera ni que, en gran parte, sean susceptibles de un tratamiento efectivo (80, 81)⁶.
4. Y quienes presentan TMG, difícilmente atendibles en situaciones agudas y con pocas posibilidades de recibir la atención compleja habitualmente necesaria, tienen, además, importantes riesgos de aislamiento, victimización y abuso (6, 74).

⁵ Y que, incluso revisadas, esas estimaciones no indican automáticamente necesidades de tratamiento (78), especialmente en el caso de los TMC (79).

⁶ El Reino Unido inició hace 20 años un ambicioso, bien dotado y discutido programa para “Trastornos de Personalidad Graves y Peligrosos”, actualmente interrumpido y con igualmente discutibles resultados (82).

Identificar las causas del problema es clave para desarrollar estrategias preventivas, ante las dificultades de atención señaladas. Pero la tarea tampoco es fácil, como muestra la falta de visión común y los importantes debates existentes.

a) La “hipótesis” de Lionel Penrose y el papel de las reformas psiquiátricas

Uno afecta a la pretensión de endosar el problema a las reformas psiquiátricas realizadas, en menor o mayor medida, en distintos países (15, 16), con un argumento aparentemente razonable: cerrar camas en HP envía pacientes a la calle o a las prisiones, especialmente si no hay buenos sistemas alternativos de atención. Hipótesis “hidráulica” (83) que une a defensores del viejo sistema (84) y a algunos críticos del frecuentemente parcial e incompleto desarrollo del nuevo (85), partiendo del histórico artículo de Lionel Penrose (86) que, hace 80 años, encontró, en un estudio transversal en 18 países europeos, una correlación estadística negativa entre camas psiquiátricas, plazas en prisiones y crímenes. Ocasional y osadamente calificada como “ley Penrose” (87), viene siendo referencia obligada, aparentemente validada por algunos estudios (16), incluso longitudinales, en Irlanda (88), Noruega (87), EE. UU. (89) y más recientemente América del Sur (90)⁷. Pero es cada vez más discutida (18), encontrándola en países “en desarrollo” pero ya no en los “desarrollados” (92) o no encontrándola con datos actualizados de 26 países europeos (93) o en la antigua “Europa del Este” (94). Se pone de manifiesto así su inconsistencia como “ley”, basada como mucho en correlaciones estadísticas⁸, sin pruebas de relación causal ni de un mecanismo explicativo del paso de uno a otro sistema (“transinstitucionalización”) (4, 98), como reconocen incluso partidarios bien informados (16, 99). Ignorando además otros factores (1, 4, 63, 100) que, cuando menos, resitúan el papel del sector de la salud mental dentro de un abanico causal bastante más complejo.

Las políticas de salud mental no parecen ser así ni el único ni el más importante factor explicativo de un fenómeno presente en distintos países, pese a sus diversos sistemas de atención (1, 4, 100). De hecho, los intentos de medir la contribución de la desinstitucionalización en EE. UU. han encontrado solo un efecto reducido,

⁷ En este caso, con dudas sobre el análisis estadístico realizado y sus conclusiones (91).

⁸ La correlación, independientemente de su potencia y significatividad, no implica causalidad, como muestra, por ejemplo, la “significativa” correlación negativa del índice de natalidad con la producción nacional de acero (95). “Falacia correlacional” (21), desgraciadamente frecuente en la investigación social (96, 97).

concordante además con las grandes diferencias en magnitud y perfiles sociodemográficos entre poblaciones de asilos y de cárceles (101)⁹.

Y tampoco ha podido comprobarse una relación directa entre procesos de desinstitucionalización y aumento de delitos (102) en personas con TMG, mayoritarias en los asilos. Necesitamos así, sin obviar la probable influencia de ese factor (101) y de la dotación y calidad de los servicios comunitarios, buscar modelos más complejos y factores más variados (4, 104-106) para explicar el aumento de personas encarceladas y, entre ellas, las que presentan problemas de salud mental.

b) Trastornos mentales y conductas delictivas

Otro factor potencial es la relación entre TMG y comisión de delitos, especialmente violentos, sujeto también a confusiones y afectado por el estigma (21). Al respecto mantenemos básicamente las conclusiones de nuestro ya mencionado trabajo (21), con ligeros matices derivados de algunas informaciones nuevas (1, 22, 32, 33, 107-109). Así, sin olvidar que, hablando de violencia en personas con TMG, son más frecuentes la autoinfligida y la que sufren como víctimas (19, 110):

1. La información epidemiológica no confirma la visión tradicional, basada en el estigma (19), pero tampoco la de quienes afirman que tienen el mismo o menor riesgo de cometer actos violentos que la población general.
2. Medido como “riesgo relativo”, el de cometer delitos es elevado en ellas (entre 3 y 6 veces más que en la población general), pero bastante menor que en quienes presentan trastornos adictivos y de personalidad (33). Pero es también elevado en varones, jóvenes, de bajo nivel cultural, con consumo de tóxicos y residencia en entornos marginales, variables con un claro papel de confusión, matizando el “riesgo delictivo” de las personas con TMG, que comparten muchas de esas características (19, 107-109).
3. Si calculamos el “riesgo atribuible poblacional” o identificamos la fracción de personas con TMG que cometen delitos, especialmente violentos, encontramos que suponen solo una pequeña parte del conjunto general de la delincuencia (entre el 5 y el 10 % del total) (19, 108).
4. Pese a importantes problemas metodológicos, algunos estudios¹⁰ (108, 109) han identificado factores potencialmente explicativos, como el consumo de

⁹ En relación con EE. UU., Bernard Harcourt (101) defiende la utilidad de datos agregados de “institucionalización” (prisiones e instituciones psiquiátricas, con un 7% de personas habitualmente “institucionalizadas”) para relacionarlos con las tasas de delitos violentos. Y señala el “olvido” habitual, hablando de “transinstitucionalización”, de otras instituciones que, como las llamadas “*nursing homes*”, albergaban, en 2005, más de 500.000 personas con trastornos mentales (103).

¹⁰ Una interesante revisión reconoce que se “han preguntado cosas distintas a diferentes muestras de diferentes poblaciones esperando recibir idénticas respuestas” (111).

- tóxicos, los antecedentes familiares de conductas delictivas, el maltrato en la infancia, los rasgos psicopáticos o antisociales de personalidad, y especialmente la situación social, laboral y educativa o los contextos vecinales y sociales desestructurados o marginales (19, 63, 112). Factores que afectan a la violencia de personas con y sin TMG, caracterizando a gran parte de quienes terminan en prisión (62, 63, 108).
5. Se han estudiado también algunos tipos de sintomatología, especialmente la delirante (108, 111), y diferenciado las conductas violentas según el momento evolutivo en que se producen (113, 114). Aunque la compleja interacción entre muchos factores dificulta valorar separadamente su contribución real, se constata que los síntomas no parecen ser habitualmente el factor decisivo en las conductas delictivas, en la entrada en prisión o en la reincidencia (115).
 6. Y tampoco parece que dispongamos de instrumentos realmente efectivos para valorar riesgos con carácter preventivo (32, 34, 116, 117).

Es interesante además la identificación de grupos diferenciados de personas con TMG desde el punto de vista criminológico (22), siendo el de quienes delinquen en relación directa con su sintomatología psicótica claramente minoritario frente al de quienes comparten características con la mayoría de las poblaciones encarceladas (marginalidad, drogadicción, rasgos psicopáticos...). Lo que exige tipos de intervención diferenciados, además de la atención sanitaria (1, 22, 115).

c) Hacia una visión global de un problema complejo

Destaca así el carácter complejo y sistémico del problema, más allá del reduccionismo tradicional que, como en el caso del suicidio (118), pretende convertir un problema social en sentido amplio en algo exclusiva o fundamentalmente médico, ignorando importantes factores de complejidad que exigen a su vez intervenciones sistémicas y no solo ni fundamentalmente sanitarias.

Necesitamos, pues, una visión global que articule los factores intervinientes en un modelo de “trayectoria” (119) que, parafraseando a Erving Goffman (120), podríamos denominar la “carrera penal” de personas con TMG, considerando:

1. Su propensión a cometer delitos, especialmente la de quienes viven en entornos marginales y potencialmente “delictivos”.
2. Las tendencias sociales hacia una menor tolerancia de actos “molestos” y real o supuestamente “peligrosos” (121, 122), frecuentemente relacionados con las drogas (67), base del continuado crecimiento de poblaciones penitenciarias en nuestros países, afectando especialmente a poblaciones “desfavorecidas” que incluyen muchas personas con TMG (63). Lo que,

- por otro lado, no parece tener grandes efectos sobre el número de delitos (123, 124).
3. Las insuficiencias en la atención sanitaria y social a personas con dificultades de atención y problemas “complejos” o “difíciles” (125) desde sistemas parcialmente comunitarios con enfoques reduccionistas¹¹ (97).
 4. El manejo de personas con TMG en el sistema judicial y penitenciario, incluyendo disposiciones legales, pero también prácticas concretas de policías, forenses, jueces, fiscales y responsables penitenciarios (4, 67). Sistema complejo que, pese a la diversidad de agentes con criterios no siempre comunes (67), tiende a criminalizar las conductas de dichas personas, aumentando las detenciones, no identificándolas, judicializándolas y manteniéndolas en prisión hasta el máximo permitido.
 5. Y la escasez y mal funcionamiento de los mecanismos de atención en las prisiones, de su coordinación con instituciones forenses no manicomiales y de su cooperación con los servicios de salud mental, dentro y fuera de ellas (6, 10, 72, 73).

Las personas con TMG son, así, un sector poblacional especialmente vulnerable ante generalizadas tendencias que tratan “nuevamente” de resolver problemas sociales mediante el encierro de un número creciente de personas (120, 121).

LAS POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN

Una solución real, desde una perspectiva de salud pública, exigiría controlar las diversas etapas del “itinerario” (118), combinando un conjunto de intervenciones teóricamente identificables (126-128), pero que solo parcialmente disponen de una razonable evidencia empírica (11, 21, 128-131). Se trata de actuar secuencialmente sobre la sobrepoblación de personas encarceladas y, dentro de ella, sobre la de quienes presentan TMG:

1. Desarrollando políticas generales para incrementar la igualdad y la tolerancia social, disminuir conductas disfuncionales y reducir su criminalización.
2. Tratando de disminuir las conductas delictivas de personas con TMG, especialmente de quienes están en contacto con servicios de salud mental (72)
3. Organizando y coordinando la actuación del sistema judicial para reducir la cantidad y duración de los encarcelamientos, en general, y más concretamente en dichas personas (128).

¹¹ Combinando sistemas comunitarios parcialmente desarrollados en lo organizativo (menos manicomios, pero insuficientes recursos sanitarios y sociales) y modelos de intervención reduccionistas, que precisan instituciones “de descarga” para lo que no “solucionan” los fármacos (97).

4. Mejorando su atención sanitaria en las prisiones, desde su identificación a su atención directa y combinada con los servicios sanitarios (72, 128).
5. Estableciendo estructuras para la atención forense alternativas de los HP¹².
6. Y coordinando las dos anteriores con la de los sistemas sanitario y social públicos para favorecer la salida y la atención posterior (129, 130).

Implicando así al sistema sanitario, la legislación, la Administración de Justicia y el sistema penitenciario, e incluso a la población general, con políticas democráticas, favorecedoras de la igualdad y la inclusión social y enfrentadas al estigma.

Y respetando siempre las respectivas funciones de los sistemas sanitario y social (favorecer la recuperación de las personas) y del judicial-penitenciario (ejercer control como protección de la sociedad). Ambos comparten responsabilidades (135) sobre personas con trastornos mentales, pero desde posiciones y objetivos diferenciados, no siempre compatibles y con una larga historia de “interferencias”. Entre otras, el funcionamiento de instituciones formalmente sanitarias como prolongación de las penitenciarias, como ejemplifican precisamente los HP (76, 136).

El problema no está resuelto ni en vías de resolverse claramente en ningún país, pero hay informaciones que indican la potencialidad de algunas medidas, en ámbitos tanto sanitarios como penales y penitenciarios. Así, más allá de las pseudosoluciones de quienes pretenden que los servicios de salud mental retomen la lógica penitenciaria (84) o sitúan la solución fundamentalmente en ellos (137), se establecieron, especialmente en EE. UU., estrategias más complejas de “derivación” al sistema sanitario, incluyendo programas formativos de policía, juzgados especializados y mecanismos de coordinación sanitaria, social y judicial (128-131). Pero los relativos resultados obtenidos (1) están llevando a plantear una “nueva generación” de intervenciones que enfoque las características “criminológicas” de las personas con TMG, y no solo ni principalmente sus síntomas, como base explicativa de su entrada en el sistema. Y como objetivo de intervenciones más integradas y globales, basadas siempre en una específica coordinación entre servicios sanitarios, forenses y judicial-penitenciarios, más allá del necesario tratamiento sanitario de las personas (1, 138-140).

a) La situación en España

Aquí encontramos una situación común aunque con rasgos específicos. Una diferencia importante es la insuficiente información disponible y el menor interés por el tema, pese al trabajo realizado desde la AEN y la Asociación Española de

¹² Es interesante la propuesta italiana de pequeñas unidades residenciales, formalmente dentro del sistema sanitario; aunque no sea enteramente satisfactoria, a caballo entre necesidades de atención y control social y con demasiado margen para iniciativas contradictorias de las Regiones (132-134).

Sanidad Penitenciaria (AESP) (24, 25). Y tampoco las soluciones buscadas parecen haber llegado muy allá, pese a intentos reseñables.

Sobre la magnitud del problema en las prisiones hay un estudio de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias –DGIP– (141) y tres encuestas con metodología común (142) en algunos centros de 5 CC. AA. (17, 36, 143)¹³. Con inevitables oscilaciones, muestran un cuadro equiparable al internacional, con cifras globales elevadas (el 80%), mayoritariamente relacionadas con drogadicciones (60-70%) y trastornos de personalidad (80%) y con un número relativamente menor pero importante de personas con TMG (3-4%).

Hay además (24, 144) dos instituciones específicas, formalmente “forenses” (para personas consideradas “inimputables”), que en realidad son prisiones “especializadas” con unos 400 internos: los HP Penitenciarios de Fontcalet y Sevilla, este último con algunas reformas funcionales importantes (97), pero en idéntico entorno carcelario. Además de las reformas realizadas en Cataluña y Euskadi, a las que luego aludiremos, y del número no conocido de personas con TMG sujetas a supuestas “medidas de seguridad” que “cumplen” en instituciones sanitarias, habitualmente también HP.

Esa elevada y dispar prevalencia se enmarca aquí también en un crecimiento muy importante de personas encarceladas, que pasan de 11.800 en 1978 a 76.000 en 2009 y solo más recientemente disminuyen (145) hasta 50.000 en 2020. Tendencia esta que, como la estadounidense, tampoco parece claramente relacionada con los niveles de delincuencia (146). Dependiente también de similares factores generales (145), con modificaciones legislativas que endurecen las penas reflejando tendencias sociales punitivas comunes a muchas sociedades “desarrolladas” y que empujan al sistema judicial-penitenciario a personas con TMG, más allá del posible efecto de unas reformas psiquiátricas escasamente desarrolladas en la mayoría de los territorios del Estado (97)¹⁴.

Y sin embargo, también aquí, seguimos empeñados en atribuir al sistema de atención en salud mental la responsabilidad principal o exclusiva, tanto en el origen del fenómeno como en sus posibles soluciones. Enfoque común de muchos profesionales sanitarios interesados en el tema y de los responsables de Instituciones Penitenciarias.

Desde estas hay que mencionar aquí la labor de Julián Espinosa, histórico miembro de la AEN, en los últimos gobiernos de Felipe González, interrumpida tras la llegada al poder de la derecha. Pero es sobre todo en los primeros años de este siglo cuando la DGIP trata de frenar el continuado crecimiento de personas encar-

¹³ Lamentablemente sin datos de mujeres.

¹⁴ Tampoco aquí hay grandes variaciones entre CC. AA. con diferentes sistemas de servicios y políticas de desinstitucionalización (Cataluña, Madrid y Andalucía, por ejemplo) (17, 36, 143).

celadas y define una estrategia de “derivación” de personas con TMG a los servicios sanitarios. Aunque cabe sospechar como origen, similar al señalado en EE. UU. (114), un intento de disminuir la presión carcelaria “echando gente fuera”, hay que reconocer que, con el protagonismo técnico de José Manuel Arroyo y pese a algunos sesgos¹⁵, se inició un trabajo reseñable de mejora de la situación. Así, además de impulsar directa (141) e indirectamente (142) el estudio del problema y de apoyar una limitada puesta al día del Hospital Psiquiátrico Penitenciario (HPP) de Sevilla, se estableció un programa interno (el Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales –PAIEM–), se generaron plataformas de coordinación en distintas CC. AA. y se trató de articular una estrategia global interinstitucional, aunque aún muy centrada en lo sanitario (144, 148-150). Pese a resultados modestos y a aspectos claramente mejorables, supusieron intentos transformadores serios, interrumpidos de nuevo con los cambios políticos.

Hay que señalar también las mencionadas “soluciones” autonómicas de Cataluña (24, 151) y Euskadi (152), basadas en rescatar el carácter sanitario de la atención (desde la transferencia de competencias penitenciarias), pero integrándolas en estructuras de servicios centradas en HP.

Desde el ámbito judicial hay poco más (153), aunque es interesante el modesto estudio de Fernando Santos Urbaneja (154) sobre el paso de personas con TMG por algunas instituciones judiciales, análisis que debería ampliarse para poder disponer de las trayectorias o “carreras penales” anteriormente mencionadas.

ALGUNAS CONCLUSIONES MIRANDO AL FUTURO

Hasta aquí nuestra visión general de la situación, desde una perspectiva global e intersectorial de salud pública y partiendo de la lectura crítica de la abundante literatura general existente, útil pese a su origen en países diferentes del nuestro, pero con los que compartimos bastantes aspectos.

Una visión tan general deja fuera matices importantes en los distintos apartados, pero creemos que permite establecer algunas conclusiones generales aplicables también a nuestra situación. Sin pretender zanjar el problema ni “descubrir mediterráneos”, sino solamente establecer aspectos que faciliten el debate, en momentos en que de nuevo la situación política puede ofrecer una nueva “ventana de oportunidad”.

¹⁵ Como la aceptación acrítica del HP y la defensa del Tratamiento Ambulatorio Involuntario, pese a argumentos en contra de uno (76) y otro (147). (Información personal desde el Grupo de análisis de casos de Andalucía (Sevilla, 2014)).

1. Destaca así el importante número de personas con distintos problemas de salud mental que cometen delitos, entran en el aparato judicial-penitenciario y terminan en prisión o en una institución forense. Y, entre sus distintos grupos, interesan especialmente las personas con TMG, minoritarias pero muy vulnerables y especialmente concernidas por las políticas e intervenciones públicas de control social.
2. Su posible incremento en instituciones penitenciarias se integra en el más general de poblaciones encarceladas, dependiendo de factores sociales complejos, muy relacionados con la disminución de la tolerancia social hacia conductas potencialmente molestas y/o peligrosas y al consiguiente endurecimiento de medidas represivas. Procesos que afectan significativamente a personas en situaciones sociales “desfavorecidas” y en entornos familiares y sociales “marginales” o “problemáticos”, incluyendo muchas con TMG, más allá de los efectos discutibles de los procesos de cambio en las políticas y sistemas de atención en salud mental.
3. Las personas con TMG entran en el campo judicial y penitenciario más en función de esas características compartidas que de su psicopatología, siguiendo una secuencia de pasos que configura su “carrera penal”. Por eso, si pretendemos realmente solucionar el problema, necesitamos una estrategia global que encare secuencialmente los “puntos clave” de esa trayectoria, con políticas sociales, judiciales y penitenciarias, además de las sanitarias y de apoyo social.
4. En nuestro caso, necesitamos completar la información sobre las prisiones ordinarias y los HPP, con datos más precisos y representativos e incluyendo a las mujeres. Pero también sobre las trayectorias anteriores y posteriores a la llegada y salida de las instituciones, completando el perfil de esa “carrera penal” y situándola en el contexto más amplio de las poblaciones generales encarceladas.
5. Y finalmente, además de las intervenciones generales apuntadas (políticas democráticas redistributivas y fortalecimiento de los servicios sanitarios y de apoyo social desde modelos comunitarios asertivos (97)), habría que:
 - a) Adecuar el funcionamiento de la Administración de Justicia (incluyendo la policía) con medidas legislativas y de sensibilización y formación de personal para garantizar que solo los casos más “graves” (en términos penales) lleguen a las instituciones penitenciarias, permaneciendo en ellas el mínimo imprescindible. Y derivando a los servicios sanitarios y sociales el resto desde el primer momento posible. Además de repensar la pertinencia de las llamadas “medidas de seguridad”, hoy por hoy “penas” disfrazadas.

- b) Desarrollar la atención sanitaria y la protección de las personas con TMG en las prisiones, integrando al personal sanitario en el Sistema Nacional de Salud, reforzando la atención especializada en apoyo del personal general desde los correspondientes servicios públicos de salud mental y estableciendo módulos específicos, adaptados a las necesidades y vulnerabilidad de estas personas.
- c) Establecer complementariamente un nuevo tipo de unidades mixtas (personal sanitario del SNS y personal “de control” de instituciones penitenciarias), de pequeño tamaño y buena distribución territorial, como alternativa a los HPP, dedicándolas a la atención de todas aquellas personas en que confluyen objetivos sanitarios (recuperación personal) y penitenciarios (control social) no susceptibles de atenderse separadamente.
- d) Reforzar la atención sanitaria y social de quienes salen del ámbito penitenciario, garantizando la continuidad de atención, con comunicaciones regladas entre el personal de instituciones penitenciarias y el de los servicios sanitarios y sociales en todo el proceso.
- e) Y desarrollar un sector de profesionales forenses especializados en estos temas, en estrecha coordinación con el resto del personal sanitario y social.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Bonfine N, Wilson AB, Munetz MR. Meeting the need of Justice-involved people with serious mental illness within community behavioral health systems. *Psychiatr Serv.* 2020; 71 (4): 355-63.
- (2) Aboal-Viñas JL. Salud pública y sistema sanitario. Informe SESPAS 2010. *Gac Sanit.* 2010; 24(Suppl 1):12-8.
- (3) Marks L, Hunter DJ, Alderslade R. Strengthening Public Health capacity and services in Europe. A Concept Paper. Copenhagen: WHO-EURO, 2011.
- (4) Mulvey EP, Schubert CA. Mentally ill individuals in jails and prisons. *Crime Justice.* 2017; 46: 231-77.
- (5) Sirdifield C, Gojkovic D, Brooker C, Ferriter M. A systematic review of research on the epidemiology of mental health disorders in prison populations: a summary of findings. *J Forens Psychiatry Psychol.* 2009; 20, S1: S78-S101.
- (6) Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Tretsmann R. The mental health of prisoners: a review of prevalence, adverse outcomes, and interventions. *Lancet Psychiatry.* 2016; 3 (9): 871-81.
- (7) Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33.588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *Br J Psychiatry* 2012; 200: 364-73.
- (8) Huband N, Furtado V, Schel S, Eckert M, Cheung N, Bulten E, Völlm B. Characteristics and needs of long-stay forensic psychiatric inpatients: a rapid review of the literature. *Int J Forensic Ment Health.* 2018; 17(1):45-60.
- (9) Franke I, Vogel T, Eher R, Dudeck M. Prison mental health care recent developments and future challenges. *Curr Opin Psychiatry.* 2019; 32(4): 342-7.
- (10) Dumont DM, Brockmann B, Dickman S, Alexander N, Rich JD. Public Health and the epidemic of incarceration. *Annu Rev Public Health* 2012; 33:325-39.
- (11) Wildeman C, Wang EA. Mass incarceration, public health and widening inequality in USA. *Lancet.* 2017; 389: 1464-74.
- (12) Walmsley R. Global incarceration and prisons trends. *Forum on Crime and Society.* 2003; 3(1-2):65-78.
- (13) Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. *Lancet.* 2011; 377(9769):956-65.
- (14) Jordan M. The prison setting as a place of enforced residence, its mental health effects, and the mental health care implications. *Health Place.* 2011; 17(5):1061-6.
- (15) Lamb HR. Does deinstitutionalization cause criminalization? the Penrose hypothesis. *JAMA Psychiatry.* 2015; 72 (3): 105-6.
- (16) Mundt AP, Konrad N. Institutionalization, deinstitutionalization, and the Penrose hypothesis. En: Javed A, Fountoulakis KN (eds.). *Advances in Psychiatry.* Scham: Springer, 2018; pp. 187-96.
- (17) López M, Saavedra FJ, López A, Laviana M. Prevalencia de problemas de salud mental en varones que cumplen condena en Centros Penitenciarios de Andalucía. *Rev Esp Sanid Penit.* 2016; 18: 76-85.
- (18) Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2009; 6(8): e1000120.
- (19) López M, Laviana M, López A. Estigma social, violencia y personas con trastornos mentales graves. En: Markez I, Fernández A, Pérez-sales P (ed). *Violencia y Salud*

- Mental. Salud mental y violencia institucional, estructural, social y colectiva. Madrid: AEN, 2009; pp. 187-207.
- (20) Richard-Devantoy S, Olie JP, Gourevitch R. Risque d'homicide et troubles mentaux graves: revue critique de la littérature. *Encéphale*, 2009; 35: 521-30.
 - (21) Lurigio AJ. People with serious mental illness in the criminal justice system: causes, consequences, and correctives. *Prison J.* 2011; 91 (Sup.3): 66S-86S.
 - (22) Hiday VA. Mental illness and the law. En: Aneshensel CS, Phelan JC, Bierman A (eds). *Handbook of the sociology of mental health*. Dordrecht: Springer, 2013; pp. 563-82.
 - (23) Greenberg G, Rosenheck RA, Erikson SK, Desai RA, Stefanovic EA, Swartz M, *et al.* Criminal Justice System involvement among people with schizophrenia. *Community Ment Health J.* 2011; 47:727-36.
 - (24) Hernández M, Herrera R (coord.). *La atención en salud mental de la población reclusa*. Madrid: AEN, 2003.
 - (25) Markez I, Abad A, Hernández M, Repeto C. Una década de historia del Grupo de Salud Mental en Prisión (GSMP). Del Congreso de la AEN de Oviedo (2003) al Congreso de la SESP en Madrid (2013). *Cuad Psiquiatr Comunitaria* 2014; 12(1): 69 – 82.
 - (26) Völlm B. Introduction. En: Völlm B, Brown P. *Long-term forensic psychiatric care. Clinical, ethical and legal challenges*. Scham: Springer, 2019.
 - (27) Jacob JD. The rhetoric of therapy in forensic psychiatric nursing. *J Forensic Nurs.* 2012; 8: 178-87.
 - (28) Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23.000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 2002; 359:545-50.
 - (29) Fazel S, Bains P, Doll H. Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction* 2006; 101:181-91.
 - (30) Fazel S, Xenitidis K, Powell J. The prevalence of intellectual disabilities among 12,000 prisoners - a systematic review. *Int J Law Psychiatry* 2008; 31(4):369-73.
 - (31) Fazel S, Cartwright J, Norman-Nott A, Hawton K. Suicide in prisoners: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry* 2008; 69:1721-31.
 - (32) Whiting D, Lichtenstein P, Fazel S. Violence and mental disorders: a structured review of associations by individual diagnoses, risk factors, and risk assessment. *Lancet Psychiatry* 2021;8(2):150-161.
 - (33) Rongqin Y, Geddes JR, Fazel S. Personality disorders, violence, and antisocial behavior: A systematic review and meta-regression analysis. *J Pers Disord* 2012; 26(5): 775-792.
 - (34) Witt K, Van Dorn R, Fazel S. Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PLoS ONE* 2013; 8(2).
 - (35) Andersen HS. Mental health in prison populations. A review--with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004; (424):5-59.
 - (36) Zabala C. *Prevalencia de enfermos mentales en prisión. Análisis de la relación con delitos y reincidencia*. Madrid: Ministerio del Interior, 2017.
 - (37) Kessler RC. The challenges of using epidemiology to inform clinical practice. *Int Rev Psychiatry*, 2007; 19(5): 509-521.

- (38) Wakefield JC, Schmitz MF. The measurement of mental disorders. En: Scheid TI, Brown TN. A Handbook for the study of mental health. Social contexts, theories, and systems. New York: Cambridge University Press, 2010; pp. 20-45.
- (39) Martin M., Hynes K., Hatcher S, Colman I. Diagnostic error in correctional mental health: prevalence, causes, and consequences. *J Correct Health Care* 2016; 22(2), 109-17.
- (40) The WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 2004;291: 2581-90.
- (41) Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, *et al.* The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2011; 21:635-79.
- (42) Salize J, Drebing H, Kief G. Mentally disordered persons in European prison systems. Needs, programs and outcome (EUPRIS). Final Report. Mannheim: Central Institute of Mental Health, 2007.
- (43) Baranyi G, Scholl C, Fazel S, Patel V, Priebe S, Mundt AP. Severe mental illness and substance use disorders in prisoners in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis of prevalence studies. *Lancet Glob Health* 2019; 7: e461–471.
- (44) Falissard B, Loze JY, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, *et al.* Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry*, 2006; 6: 33.
- (45) Piselli M, Attademo L, Garinella R, Rella A, Antinarelli S, Tamantini A, *et al.* Psychiatric needs of male prison inmates in Italy. *Int J Law Psychiatry* 2015; 41:82-88.
- (46) Hensel JM, Casiano H, Chartier MJ, Ekuma O, MacWilliam M, Mota N, *et al.* Prevalence of mental disorders among all justice-involved: A population level study in Canada. *Int J Law Psychiatry* 2020; 68, 101523.
- (47) Sirdifield C. The prevalence of mental health disorders among offenders on probation: a literature review. *J Ment Health*, 2012; 21(5): 485-498.
- (48) Herrman H, McGorry P, Mills J, Sing B. Hidden severe psychiatric morbidity in sentenced prisoners: an Australian study. *Am J Psychiatry* 1991; 148(2):236-9.
- (49) Walker J, Illingworth C, Canning A, Garner E, Woolley J, Taylor P. Changes in mental state associated with prison environments: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*, 2014; 129(6): 427-36.
- (50) Crocker AG, Livingston JD, Leclair MC. Forensic mental health systems internationally. En: Roesch R, Cook AN (eds.). *International perspectives on forensic mental health. Handbook of forensic mental health services.* Nueva York: Routledge/Taylor & Francis Group, 2017; pp. 3-76.
- (51) Tonlimn J, Lega I, Braun P, Kennedy HG, Herrando VT, *et al.* Forensic mental health in Europe: some key figures. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2021; 56: 109-17.
- (52) White P, Whiteford H. Prisons: mental health institutions of the 21st century? *MJA* 2006; 185(6): 302-303.
- (53) Mundt AP, Barandi G. The unhappy mental health triad: comorbid severe mental illnesses, personality disorders, and substance use disorders in prison populations. *Front Psychiatry* 2020; 11: 804

- (54) De Carvalho HW, Andreoli SB, Vaidyanathan U, Patrick CJ, Quintana MI, Jorge MR. The structure of common mental disorders in incarcerated offenders. *Compr Psychiatry* 2012; 54(2): 111-6.
- (55) Coid J, Moran P, Bebbington P, Brugha T, Jenkins R, Farrel M, *et al.* The co-morbidity of personality disorder and clinical syndromes in prisoners. *Crim Behav Ment Health* 2009; 19: 321-33.
- (56) Hasin D, Kilcoyne B. Comorbidity of psychiatric and substance use disorders in the United States: current issues and findings from the NESARC. *Curr Opin Psychiatry* 2012; 25(3): 165-71.
- (57) Das-Munshi J, Godberg D, Bebbington PE, Bhugra DK, Brugha TS, *et al.* Public health significance of mixed anxiety and depression: beyond current classification. *B J Psychiatry* 2008; 192: 171-7.
- (58) Maj M. "Psychiatric comorbidity": an artifact of current diagnostic systems? *Br J Psychiatry* 2005;186: 182-4.
- (59) McDonald M. Women prisoners, mental health, violence and abuse. *Int J Law Psychiatry*, 2013; 36: 293-303.
- (60) Biswanger IA, Merrill JO, Krueger PM, White MC, Boot RE, Elmore JC. Gender differences in chronic medical, psychiatric, and substance-dependence disorders among jail inmates. *Am J Public Health*, 2010; 100:476-82.
- (61) Hayes AJ. Aging inside: older adults in prisons. En: Elger BS, Ritter C, Stöwer H. *Emerging issues in prisons health*. Dordrecht: Springer, 2017; pp. 1-12.
- (62) Wakefield S, Uggen C. Incarceration and stratification. *Annu Rev Sociol*, 2010; 36: 387-406.
- (63) Draine J, Salzer MS, Culhane DP, Hadley TR. Role of social disadvantage in crime, joblessness, and homelessness among persons with serious mental illness. *Psychiatr Serv*. 2002; 53(5): 565-73.
- (64) Harrendorf S, Heiskanen M, Malby S. *International statistics on crime and justice*. Helsinki: HEUNI-UNODC, 2010.
- (65) PenalReform International. *Global prisons trends 2019*. Disponible en: <https://www.penalreform.org/resource/global-prison-trends/>
- (66) Walmsley R. *World prison population*. London: Institute for Criminal Policy Research, 2018.
- (67) Pfaff JF. The empirics of prison growth: a critical review and path forward. *J Crim Law Criminol*. 2008; 98:101-79.
- (68) Raphael S, Stoll MA. Assessing the contribution of the deinstitutionalization of the mentally ill to growth in the U. S. incarceration rate. *J Legal Stud*. 2013; 42 :187-222.
- (69) Brugha T, Singleton N, Meltzer H, Bebbington P, Farrell M, Jenkins R *et al.* Psychosis in the community and in prisons: a report from the British National Survey of Psychiatric Morbidity. *Am J Psychiatry* 2005; 162:774-780.
- (70) Butler T, Andrews G, Allnut S, Sakashita C, Smith NE, Basson J. Mental disorders in Australian prisoners. A comparison with a community sample. *Aust N Z J Psychiatry*, 2006; 40:272-6.
- (71) Kerridge BT. Comparison of U.S. jail inmates and the U.S. general population with Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV alcohol use disorders: sociodemographic and symptom profiles. *Alcohol* 2008; 42(1): 55-60.

- (72) Forrester A, Till A, Simpson A, Shaw J. Mental illness and the provision of mental health services in prisons. *Br Med Bull.* 2018;127: 101-9.
- (73) Baillargeon J, Binswanger IA, Penn JV, Williams BA, Murray OJ. Psychiatric disorders and repeat incarcerations: the revolving prisons door. *Am J Psychiatry* 2009; 166: 103-9.
- (74) Hartwell S. Triple stigma: persons with mental illness and substance abuse problems in the Criminal Justice system. *Crim Justice Policy Rev.* 2004; 15(1): 84-99.
- (75) Jansman-Hart EM, Seto MC, Crocker AG, Nicholls TL, Côté G. International trends in demand for forensic mental health services. *Int J Forensic Ment Health* 2011; 10(4):326-36.
- (76) López M, Laviana M, García-Cubillana P. Los hospitales psiquiátricos en la(s) Reforma(s). Notas para orientar una investigación necesaria. En: Pérez F (coord.). *Dos décadas tras la Reforma Psiquiátrica.* Madrid: AEN, 2006.
- (77) Narrow WE, Rae DS, Robins LN, Regier DA. Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States: using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates. *Arch Gen Psychiatry,* 2002; 59: 115-23.
- (78) Mechanic D. Is the prevalence of mental disorders a good measure of the need for services? *Health Aff.* 2003; 22(5): 8-20.
- (79) Wang Y, Henriksen CA, Ten Have M, de Graaf R, Stein MB, Enns MW, *et al.* Common Mental Disorder diagnosis and need for treatment are not the same: findings from the NEMESIS Study. *Adm Policy Ment Health* 2017; 44(4):572-81.
- (80) Johnson SC, Elbogen EB. Personality disorders at the interface of psychiatry and the law: legal use and clinical classification. *Dialogues Clin Neurosci.* 2013;15(2):203-11.
- (81) Conn C, Warden R, Stuewig J, Kim EH, Harty L *et al.* Borderline Personality Disorder among jail inmates: How common and how distinct? *Correct Compand.* 2010; 35(4): 6-13.
- (82) Tyrer P, Duggan C, Cooper S, Crawford M, Seivewright H, *et al.* The successes and failures of the DSPD experiment: the assessment and management of severe personality disorder. *Med Sci Law* 2010; 50: 95-99.
- (83) Winkler O, Barrett B, McCrone P, Csémy L, Janousková M, Höschl C. Deinstitutionalized patients, homelessness, and imprisonment: systematic review. *Br J Psychiatry* 2016; 208: 421-8.
- (84) Sisti DA, Segal AG, Enmanuel EJ. Improving long-term psychiatric care. Bring back the asylum. *JAMA,* 2015; 20(313): 243-4.
- (85) Lamb HR, Bachrach LL. Some perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatr Serv.* 2001; 52(8):1039-45.
- (86) Penrose LS. Mental disease and crime: outline of a comparative study of European statistics. *Br J Med Psychol.* 1939; 18:1-15.
- (87) Hartvig P, Kjelsberg E. Penrose's law revisited: the relationship between mental institution beds, prison population and crime rate. *Nord J Psychiatry* 2009; 63(1):51-6.
- (88) O'Neil CJ, Kelly BD, Kennedy HG. A 25-year dynamic ecological analysis of psychiatric hospital admissions and prison committals: Penrose's hypothesis updated. *Ir J Psychol Med.* 2018;15:1-4.
- (89) Palermo GB, Smith MB, Liska FJ. Jails versus mental hospitals: a social dilemma. *Int J Offender Ther.* 1991; 35 (2):97-106.

- (90) Mundt AP, Chow WS, Arduino M, Barrionuevo H, Fritsch R et al. Psychiatric hospital beds and prison populations in South America since 1990. Does the Penrose hypothesis apply? *JAMA Psychiatry* 2015;72(2):112-8.
- (91) Tsai AC, Venkataramani AS. Penrose hypothesis not supported. *JAMA Psychiatry* 2015; 72: 735-6.
- (92) Large M, Nielsen O. The Penrose hypothesis in 2004: patient and prisoners numbers are positively correlated in low-and-middle income countries but are unrelated in high-income countries. *Psychol Psychother-T*. 2009; 82:113-9.
- (93) Bluml V, Waldhor T, Kapusta ND, Vyssoki B. Psychiatric hospital bed numbers and prison population sizes in 26 European countries: a critical reconsideration of the Penrose hypothesis. *PLoS ONE*. 2015;10(11): e0142163.
- (94) Mundt AP, Francišković T, Gurovich I, Heinz A, Ignatyev Y, Ismayilov Fet al. Changes in the provision of institutionalized mental health care in post-communist countries. *PLoS One*. 2012; 7(6): e38490.
- (95) Martínez-González MA, De Irala J, Faulin FJ (eds.). *Bioestadística amigable*. Madrid: Díaz de Santos, 2001.
- (96) Lizón A. *Estadística y causalidad en la sociología empírica del XX*. Papers, 2006; 80: 223-35.
- (97) López M. *Mirando atrás para seguir avanzando. Una reflexión crítica sobre el pasado y el presente de la atención en salud mental*. Barcelona: Herder, 2021 (en prensa).
- (98) Prins SJ. Does transinstitutionalization explain the overrepresentation of people with serious mental illnesses in the criminal justice system? *Community Ment Health J*. 2011; 47:716-22.
- (99) Kalapos MP. Penrose's law: methodological challenges and call for data. *Int J Law Psychiatry* 2016;49:1-9.
- (100) Corrado RR, Cohen I, Hart S, Roesch R. Comparative examination of the prevalence of mental disorders among jailed inmates in Canada and the United States. *Int J Law Psychiatry* 2000; 23(5-6):633-47.
- (101) Harcourt BE. From the asylum to the prison: rethinking the incarceration revolution. En: Olin JM. *Program in Law and Economics Working Paper Series*. Chicago: The University of Chicago, Law School, 2006.
- (102) Nielssen O, Large M. Penrose updated: deinstitutionalization of the mentally ill is not the reason for the increase in violent crime. *Nord J Psychiatry*. 2009; 63(3):267.
- (103) Grabowski DC, Aschbrenner KA, Feng Z, Mor V. Mental illness in Nursing Homes: variations across States. *Health Aff*. 2009; 2 (3): 689-700.
- (104) Ceccherini-Nelli A, Priebe S. Economic factors and psychiatric hospital beds—an analysis of historical trends. *Int J Soc Econ*. 2007;34(11):788-810.
- (105) Ben-Moshe L. Why prisons are not “the new asylums”? *Punish Soc*. 2017; 19(3): 272-89.
- (106) Lyska AE, Markowitz FE, Whaley RM, Bellair P. Modeling the relationship between the Criminal Justice and Mental Health Systems. *AM J Sociol*. 1999; 104(6): 1744-75.
- (107) Bo S, Abu-Akel A, Kongerslev M, Haahr UH, Simonsen E. Risk factors for violence among patients with schizophrenia. *Clin Psychol Rev*. 2011; 31: 711-26.

- (108) Gottfried ED, Christopher SC. Mental disorders among criminal offenders: A review of the literature. *J Correct Health Care*. 2017; 23(3):336-46.
- (109) Nederlof AF, Muris P, Hovens JE. The epidemiology of violent behavior in patients with a psychotic disorder: a systematic review of studies since 1980. *Aggress Violent Behav*. 2013; 18: 183-9.
- (110) Desmarais SL, Van Dorn RA, Jonhson KL, Grimm KJ, Douglas KS, Swartz MS. Community violence perpetration and victimization among adults with mental illnesses. *Am J Public Health* 2014; 104(12): 2342-9.
- (111) Braham LG, Trower P, Birchwood M. Acting on command hallucinations and dangerous behavior: a critique of the major findings in the last decade. *Clin Psychol Rev*. 2004; 24: 513-28.
- (112) Saavedra FJ, López M, Trigo ME. Association between violent crime and psychosis in men serving prison terms. *Span J Psychol*. 2017; 20: E30.
- (113) Nielssen O, Large M. Rates of homicide during the first episode of psychosis and after treatment: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull*. 2010; 36: 702-12.
- (114) Keers R, Ulrich S, DeStavola BR, Coid JW. Associations of violence with emergence of persecutory delusions in untreated schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2014; 171: 332-9.
- (115) Draine J, Wilson AD, Pogorzelsky W. Limitations and potential in current research of services for people with mental illness in the criminal justice system. *J Offender Rehabil*. 2007; 45(3/4): 159-77.
- (116) Fazel S, Sing JP, Doll H, Grann M. Use of risk assessment instruments to predict violence and antisocial behaviour in 73 samples involving 24.827 people: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 2012; 345: e4692.
- (117) Bonta J, Blais J, Wilson HA. The prediction of risk for mentally disordered offenders: a quantitative synthesis. (User Report 2013-01). Ottawa: Public Safety Canada, 2013.
- (118) Wray M, Colen C, Pescosolido B. The sociology of suicide. *Annu Rev Sociol*. 2011; 37: 505-28.
- (119) Slade K, Samele C, Valmaggia L, Forrester A. Pathways through the criminal justice system from prisoners with acute and serious mental illness. *J Forensic Leg Med*. 2016; 44: 162-8.
- (120) Goffman E. *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu, 1970.
- (121) Garland D. *La cultura del control. Crimen y orden social en la sociedad contemporánea*. Barcelona: Gedisa, 2005.
- (122) Ortiz de Urbina I. ¿Y ahora qué? La criminología y los criminólogos tras el declive del ideal resocializador. *Revista de Letras*, 2006; 111:3-8.
- (123) King RS, Mauer M, Young MC. *Incarceration and crime: a complex relationship*. Washington DC: The Sentencing Project, 2005.
- (124) Brown D. The limited benefit of prisons in controlling crime. *Curr Issues Crim Justice*, 2010; 22(1): 137-48.
- (125) Schanda H, Stompe T, Ortwein-Swoboda. Dangerous or merely “difficult”? The new population of forensic mental hospital. *Eur Psychiatry*, 2009; 24: 365-72.

- (126) Clear TR, Schrantz D. Strategies for reducing prisons populations. *Prison J Supplement*, 2011; 91(3): 138s-159s.
- (127) Munetz MR, Griffin PA. Use of the Sequential Intercept Model as an approach to decriminalization of people with serious mental illness. *Psychiatr Serv*. 2006; 57(4): 544-49.
- (128) Freudenberg N, Heller D. A review of opportunities to improve the health of people involved in the Criminal Justice System in the United States. *Annu. Rev. Public Health* 2016; 37:313–33.
- (129) DeMatteo D, LaDuke C, Locklair BR, Heilbrun K. Community-based alternatives for justice-involved individuals with severe mental illness: Diversion, problem-solving courts, and reentry. *J Crim Justice*, 2013;41: 64–71.
- (130) Hopkin G, Evans-Lacko S, Forrester A, Shaw J, Thornicrof G. Interventions at the transition from prison to the community for prisoners with mental illness: a systematic review. *Adm Policy Ment Health* 2018; 45:623–34.
- (131) Lange S, Rhem J, Popova S. The effectiveness of criminal justice diversion initiatives in North America: a systematic literature review. *International Journal of Forensic Mental Health* 2011; 10: 200-14.
- (132) Barbui C, Saraceno B. Closing forensic psychiatric hospitals in Italy: a new revolution begins? *Br J Psychiatry* 2015; 206: 445-6.
- (133) Di Lorito C, Castelletti L, Lega I, Gualco B, Scarpa F, Völlm B. The closing of forensic psychiatric hospitals in Italy: Determinants, current status and future perspectives. A scoping review. *Int J Law Psychiatry* 2017; 55: 54-63.
- (134) Peloso PF, D’Alema M, Fioriti A. Mental health care in prisons and the issue of forensic hospitals in Italy. *J Nerv Ment Dis*. 2014; 202(6):473-8.
- (135) Hiday VA. Community systems collide and cooperate: control of deviance by the legal and mental health systems. En: Pescosolido B, Martin J, McLeod J, Rogers A. (eds) *Handbook of the sociology of health, illness, and healing*. New York: Springer, 2011; pp. 159-70.
- (136) Gostin LO. “Old” and “new” institutions for persons with mental illness: treatment, punishment or preventive confinement? *Public Health* 2008; 122:906-13.
- (137) Lamb HR, Weimberger LE. Understanding and treating offenders with serious mental illness in public sector mental health. *Behav Sci Law* 2017; 35(4): 303-18.
- (138) Pinals DA, Felthous AR. Introduction to this double issue: jail diversion and collaboration across the justice continuum. *Behav Sci Law* 2017; 35: 375-9.
- (139) Pinals DA. Forensic services, public mental health policy, and financing: charting the course ahead. *J Am Acad Psychiatry Law* 2014; 47: 7-19.
- (140) Epperson MW, Wolff N, Morgan RD, Fisher WH, Frueh BC, Huening J. Envisioning the next generation of behavioral health and criminal justice interventions. *Int J Law Psychiatry* 2014; 37(5):427-38.
- (141) Dirección General de Instituciones Penitenciarias. *Estrategia global de actuación en Salud Mental*. Madrid: Ministerio del Interior, 2007.
- (142) Vicens E, Grupo PRECA. Aproximación a la metodología para el estudio de los trastornos mentales en población penitenciaria. *El Estudio PRECA. Rev Esp Sa-nid Penit*. 2009; 11: 17-25.

- (143) Vicens E, Tort V, Dueñas RM, Muro Á, Pérez-Arnau F, Arroyo JM, *et al.* The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Crim Behav Ment Health* 2011; 21(5): 321-32.
- (144) Arroyo-Cobo JM. El modelo de atención a los problemas de salud mental en IIPP. Una respuesta al debate permanente ¿enfermo o delincuente? *Cuad Psiquiatr Comunitaria* 2014; 12(1): 13-26.
- (145) Ruiz- Morales ML. La evolución de la población reclusa española en los últimos 30 años: una explicación integral. *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*, 2018, 71 (1): 403-90.
- (146) García-España E, Diez-Ripollés JL, Pérez F, Benítez MJ, Cerezo A. Crime trends through two decades of social changes in Spain. *Crime Law Soc Change* 2010; 54 (5): 359-80.
- (147) López M, Laviana M. Intervenciones no voluntarias en salud mental. Consideraciones sobre la propuesta de autorización judicial de un tratamiento ambulatorio involuntario. *Rehabil Psicosoc.* 2007; 4: 28-36.
- (148) Hernández M. Salud mental en la ruta penal-penitenciaria pre y post covid19. *Norte de Salud Mental*, 2020;17 (63): 37-46.
- (149) Arroyo-Cobo JM. Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario. El caso español en el contexto europeo. *Rev Esp Sanid Penit.* 2011; 13(3):100-11
- (150) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Documento de Consenso de las Comisiones de Análisis de Casos de Personas con Enfermedad Mental sometidas a Penas y Medidas de Seguridad. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2017.
- (151) Ramos J. La atención a la salud mental en los diferentes ámbitos de la ejecución penal: ¿qué modelo necesitamos? [Editorial]. *Rev Esp Sanid Penit.* 2021; 14: 38-40.
- (152) Bengoa A, Mateo-Abad M, Zulaika D, Vergara I, Arroyo-Cobos JM. Disponibilidad y uso de recursos sanitarios en prisión según el modelo de transferencia: estudio comparativo en España. *Rev Esp Sanid Penit.* 2018; 20: 23-32.
- (153) Barrios LF. Origen, evolución y crisis de la institución psiquiátrica penitenciaria. *Rev Asoc Esp Neuropsiq.* 2007; 27(100): 473-500.
- (154) Santos Urbaneja F. Varias cuestiones relativas al tratamiento de la discapacidad y la enfermedad mental en el Juzgado de Guardia. 2006. Disponible en: <http://fernandosantourbaneja.blogspot.com/2011/10/n-40-juridico-salud-mental-varias.html>

Atención a la salud mental en prisión

Dos décadas de historia del Grupo de trabajo sobre Salud Mental en Prisión de la AEN

GRUPO DE TRABAJO SALUD MENTAL EN PRISIÓN DE LA AEN (SAMP AEN)

El tratamiento de las personas con problemas de salud mental en la normativa penal
y penitenciaria. Reflexiones y propuestas

PATRICIA CUENCA GÓMEZ

Trastornos del límite, un reto para los equipos técnicos penitenciarios: el derecho
a la salud integral de las personas privadas de libertad

ANA GORDALIZA, IÑAKI MARKEZ

Género y adicciones en el medio penitenciario
IÑAKI MARKEZ, ENRIQUE PÉREZ, VIRGINIA PAREJA

Suicidios en prisión: algunas tareas pendientes
IÑAKI MARKEZ, ANA GORDALIZA, PILAR CASAUS

Salud mental y prisión, difícil encaje
JAVIER PALLARÉS NEILA, ISABEL UTRERA CANALEJO

Medidas de seguridad, una reflexión desde la práctica clínica
INÉS MORÁN-SÁNCHEZ, SILVESTRE MARTÍNEZ BENÍTEZ

La pena y la cura. Servicios de salud mental en Italia después del cierre de los hospitales
psiquiátricos judiciales

ROBERTO MEZZINA

Alternativas al encarcelamiento de las personas con problemas de salud mental:
experiencias internacionales

ENRIQUE PÉREZ MARTÍNEZ, MARIANO HERNÁNDEZ MONSALVE

Problemas de salud mental en población penitenciaria. Un enfoque de salud pública
MARCELINO LÓPEZ, MARGARITA LAVIANA, FRANCISCO JAVIER SAAVEDRA, ANDRÉS LÓPEZ



Fundada en 1924