

## ¿ADÓNDE VAN LOS ENFERMOS MENTALES QUE COMETEN DELITOS?

### WHERE GO THE MENTAL ILLNESS CRIMINALS?

Horacio Roldán Barbero  
Profesor Titular de Derecho penal  
Universidad de Córdoba (España)

*Fecha de recepción:* 31 de mayo de 2019.

*Fecha de aceptación:* 15 de septiembre de 2019.

#### RESUMEN

En este trabajo he indagado en la ejecución práctica de las sanciones impuestas a los enfermos mentales que han cometido un delito. Aunque en términos teóricos no procede imponer a los mismos una pena, lo cierto es que en la práctica no pocos sentenciados van a prisión. Esto ha hecho que la pena privativa de libertad se configure como una sanción polivalente. No puede hablarse, así, de la vigencia del sistema de doble vía –la pena para los imputables; la medida de seguridad para los inimputables-, sino de un sistema indiferenciado y poco preciso, cercano al modelo monista. Para corroborar este aserto, he llevado a cabo una investigación cualitativa con preguntas abiertas. Me he entrevistado con responsables de cada una de las instituciones por donde puede discurrir la trayectoria de los enfermos mentales. A partir de ahí he obtenido una imagen sobre la situación fáctica de las personas afectadas por la morbilidad mental y la he comparado con la legislación y las opiniones doctrinales en la materia.

#### ABSTRACT

In this paper I look into practical execution of sanctions to mental illness criminals. Although law and academic mainstream reject to impose a punishment, from a practical sight not few of them go to prison. That has transformed the prison into a polyvalent sanction. Therefore we cannot claim anymore the validity of the double track system -in other words, a punishment against imputable criminals and a security measure for non-imputable ones-. Instead, it has become a not distinguished and uncertain one, nearly a monist pattern. To confirm this result, I have carried out a qualitative research with open questions. The interviewed have been representative people who run penal or psychiatric institutions concerned with the punishment or assistance of mental illness criminals. So that I have obtained an image of the real

situation of those ones affected by mental morbidity and I have compared it to the current legislation and academic opinion.

### **PALABRAS CLAVES**

Enfermedad mental, delito, prisión, medida de seguridad, esquizofrenia.

### **KEYWORDS**

Mental Illness, Crime, Prison, Security Measure, Schizophrenia.

### **ÍNDICE**

**I. INTRODUCCIÓN. II. ANTECEDENTES. III. METODOLOGÍA. IV. OBJETIVO. V. ¿QUIÉN ES UN ENFERMO MENTAL DESDE EL PUNTO DE VISTA CRIMINOLÓGICO? VI. ENFERMOS MENTALES QUE CUMPLEN UNA PENA DE PRISIÓN. VII. ENFERMOS MENTALES QUE CUMPLEN UNA MEDIDA DE SEGURIDAD. VIII. CONCLUSIONES SOBRE LAS RELACIONES PENA-MEDIDA DE SEGURIDAD PARA LOS ENFERMOS MENTALES. BIBLIOGRAFÍA**

### **SUMMARY**

**I. INTRODUCTION. II. PREVIOUS NOTIONS. III. METHODOLOGY. IV. OBJECTIVE. V. WHO IS A MENTAL ILL FROM A CRIMINOLOGICAL POINT OF VIEW? VI. MENTAL ILLS THAT ARE IN PRISON. VII. MENTAL ILLS THAT COMPLY A SECURITY MEASURE. VIII. CONCLUSIONS ABOUT RELATIONSHIP PUNISHMENT-MEASURE FOR MENTAL ILLS. BIBLIOGRAPHY**

### **I. INTRODUCCIÓN**

La pregunta que da título a este artículo podría parecer ociosa al ir referida a un viejo tema cuyos primeros precedentes académicos datan del siglo XIX. En esa centuria, con el auge de la medicina mental, se planteó vivamente el debate acerca de si los *locos delincuentes* deberían ir a un manicomio o a una prisión. Desde el punto de vista jurídico, poco a poco se llegó a la convicción de que los inimputables merecían una respuesta sancionadora diferenciada a la de los autores *normales*. No habrían de ser castigados con una pena, sino con lo que, de forma más o menos eufemística, comenzó a llamarse una medida de seguridad. Esta sanción no se cumpliría en la prisión, pero tampoco el manicomio se vio como el sitio indicado para su ejecución. Surgió de esta manera la propuesta en favor de unos establecimientos intermedios, que tuvieran algo de la prisión y algo del manicomio. Con el tiempo, estos recintos serían llamados *hospitales psiquiátricos penitenciarios*, destinados justamente al cumplimiento de medidas de seguridad para los enfermos mentales que hubieran cometido un delito y se apreciara en ellos un pronóstico de peligrosidad criminal.

Durante el siglo XX, pese a no poco recesos y contratiempos, se vino a imponer finalmente el sistema de *doble vía*: la pena como sanción para los imputables y la medida de seguridad, para los inimputables. Tal sistema se afianzó a partir de la propuesta del autor suizo Carl Stooss, recogida en su Anteproyecto de Código Penal de 1893<sup>1</sup>. Pese a la separación propugnada entre la pena y la medida de seguridad, todavía hoy es legítimo preguntarse: ¿Se sigue realmente en la práctica esta diferencia de sanciones?, ¿ingresan los enajenados mentales delincuentes en un hospital o unidad psiquiátrica en cumplimiento de una medida de seguridad o, por el contrario, lo que cumplen en muchos casos es una verdadera pena de prisión?

## II. ANTECEDENTES

La constancia *empírica* de que en las prisiones son reclusos delincuentes con trastornos mentales graves procede directamente de la década de los 90 del siglo pasado. En esos últimos compases del novecientos emergió el interés por conocer, aparte de lo que dijeran la ley y la doctrina, la realidad práctica de los enfermos mentales delincuentes.

El Informe del Defensor del Pueblo de Andalucía de 1997 fue uno de los primeros documentos elaborados en esta dirección<sup>2</sup>. Después han seguido algunos trabajos de juristas de prisiones<sup>3</sup>, de sindicatos<sup>4</sup>, de algunos investigadores académicos o prácticos<sup>5</sup> y hasta desde una cárcel concreta como la de Pamplona<sup>6</sup>. La propia Dirección General de Instituciones Penitenciarias ha admitido finalmente, a través de la puesta en marcha en 2009 del PAIEM (Protocolo de Aplicación del Programa de Atención Integral de Enfermos Mentales), la discordancia entre teoría y práctica respecto a los reclusos con una enfermedad mental<sup>7</sup>.

La hipótesis de trabajo es, pues, ésta: la disparidad entre el lenguaje legal y doctrinal y la realidad empírica.

## III. METODOLOGÍA

---

<sup>1</sup> C. Stooss, "Strafe und sichernde Massnahme", *Revue Pénale Suisse*, 1905, pp. 3-5

<sup>2</sup> Defensor del Pueblo Andaluz, *La situación de los enfermos mentales internados en centros penitenciarios andaluces*, 1997, Documento en internet

<sup>3</sup> Fundación Abogacía Española, *Los enfermos mentales en el sistema penitenciario. Un análisis jurídico, ¿2013?*, Documento en internet; P. Ucelay, *Enfermos mentales en prisión: riesgos, ¿2015?*, Documento en internet.

<sup>4</sup> Comisiones Obreras, *Informe salud mental en prisiones, ¿2014?*, Documento en internet.

<sup>5</sup> J.-F. Higuera, "Penados con discapacidades psíquicas en establecimientos no psiquiátricos penitenciarios", *Estudios en homenaje al Prof. Alfonso Serrano Gómez*, Madrid, Dyckinson, 2006, pp. 815 y ss.; Grupo PRECA, *Informe prevalencia de trastornos mentales en centros penitenciarios españoles*, Barcelona, 2011, Documento en internet; Cerezo, A./Díaz, D, "El enfermo mental en el medio penitenciario español", *International e-Journal of Criminal Sciences*, Artículo 2, nº 10 (2016).

<sup>6</sup> AA. VV., *Informe sobre salud mental en la cárcel de Pamplona. Análisis y propuestas*, 2008, Documento en internet.

<sup>7</sup> Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria, *Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario*, 2007, Documento en internet.

Para verificar esta hipótesis y ahondar en la situación fáctica de los condenados con alteraciones o anomalías psíquicas he utilizado una metodología cualitativa basada en fuentes directas.

Desde el 7 de febrero al 19 de abril de 2018 he visitado las instituciones que están implicadas en el devenir de los enfermos mentales que han delinquido y he mantenido entrevistas de preguntas abiertas con responsables de las mismas. A todos ellos quiero expresarle mi reconocimiento. Sin su generosa colaboración este artículo hubiera tenido una impronta bien distinta.

Las instituciones a las que debo especial agradecimiento son la Prisión de Córdoba, el Centro de Inserción Social del mismo establecimiento penitenciario, el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla, el FAISEM (Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de las Personas con Enfermedad Mental) y la Unidad de Psiquiatría del Hospital Reina Sofía de Córdoba. De forma complementaria he pulsado la opinión de algunos profesionales de la Administración de Justicia, de la Policía y, a título particular, de un psiquiatra<sup>8</sup>.

#### IV. OBJETIVO

Este estudio tiene como finalidad confirmar, matizar o modificar las relaciones en que se mueven jurídicamente la pena y la medida de seguridad. ¿Responden dichas relaciones a un sistema de *doble vía*, como se afirma por lo general, o más bien obedece a un modelo indiferenciado que se aproximaría a un modelo *monista*?

Para llegar a una conclusión fundada, es necesario pasar por unos estadios previos. Primero, por la propia definición de *enfermo mental* a efectos criminológicos. Y seguidamente, por la observación de la situación real de los enfermos mentales una vez entran en las instituciones penales; por un lado, si cumplen una *pena de prisión* o alguna de sus variantes: prisión atenuada, clasificación en tercer grado o están adscritos al programa puente del FAISEM; por otro lado, si cumplen una *medida de seguridad* en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla, en los Módulos Psiquiátricos o de Enfermería de las prisiones, en la Unidad Psiquiátrica de la Sanidad Pública o en un régimen ambulatorio bajo supervisión médica.

---

<sup>8</sup> De la Prisión de Córdoba, quiero expresar mi agradecimiento a Luis de Arcos, juez de vigilancia penitenciaria, y a Bartolomé Díaz, médico del establecimiento. En el Centro de Inserción Social, a Joaquín de la Vega, responsable del medio abierto (tercer grado y libertad condicional). En el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla, a Inmaculada Giráldez, subdirectora de tratamiento del centro. Del FAISEM, y muy especialmente, a Juan Antonio Moñiz, delegado en Córdoba, que al mismo tiempo me ha procurado otros contactos, así como a Lucía Parias, Cristina Lama y Fernando Castro, monitores del Centro de Día de la Fundación. De la Unidad Psiquiátrica de la Sanidad Pública, a su directora, Carmen Prada. Asimismo, agradezco por diferentes aclaraciones sobre cuestiones de la práctica profesional, a Carlos Rubio, letrado de la Administración de Justicia, José María Magaña, magistrado de la Audiencia Provincial de Córdoba, Alberto Criado, jefe de la Científica de la Policía Nacional de Córdoba, y Francisco González Carmona, psiquiatra de Cruz Roja en nuestra ciudad.

## V. ¿QUIÉN ES UN ENFERMO MENTAL DESDE EL PUNTO DE VISTA CRIMINOLÓGICO?

Para el Código Penal, un enfermo mental es la persona que, por padecer una anomalía o alteración psíquica, no puede comprender, en el momento de cometer el delito, la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión. Esta definición aclara más bien poco sobre las patologías mentales que cursan con acciones agresivas. Tampoco los protocolos médicos sobre trastornos mentales son del todo útiles. Los índices más citados en la literatura psiquiátrica, el CIE-10 y el DSM-5, procedentes, respectivamente, de la Organización Mundial de la Salud y de la Asociación Americana de Psiquiatría, arrojan un catálogo inmenso de problemas mentales. Y no todos ellos nos interesan a los efectos de este trabajo.

El mejor criterio es conocer directamente a quién atribuyen tal condición las sentencias judiciales y las instituciones penales. En efecto: la catalogación del estado de vesania puede realizarse por el juez o tribunal tras las pruebas periciales practicadas en el juicio, o bien por los establecimientos de cumplimiento una vez ingresado el sentenciado. Éstas son las mejores fuentes para describir el perfil del enfermo mental delincuente.

Pero, antes de dibujar ese perfil, es preciso hacer un par de aclaraciones previas.

Primera, las discapacidades intelectuales, llamadas oligofrenias hasta fechas recientes, representan un déficit de inteligencia, no un disturbio mental; pese a ello, algunas personas que las padecen se encuentran en prisión o en centros o unidades psiquiátricas penitenciarias. Es éste un tema que merecería una consideración aparte, aunque prueba igualmente la distorsión entre el mandato legal y la realidad penitenciaria. La ley dispone que estas personas ingresen en un centro de educación especial, y en la práctica esto no siempre es así.

Segunda, los trastornos antisociales de la personalidad no son enfermedades mentales, sino rasgos definidores de la *forma de ser* de determinados individuos. Éstos concitan, ciertamente, la máxima atención criminológica por sus disrupciones conductuales. Comportan un elevado riesgo delictivo. Su distinción jurídica con los autores *normales* es, sin embargo, prácticamente nula al descartarse su inclusión en la causa de inimputabilidad del artículo 20, nº 1<sup>9</sup>. Los tribunales entienden que dichos sujetos no padecen una anomalía o alteración psíquica como tal y, sobre todo, que comprenden la ilicitud de sus hechos. Entre los trastornos de la personalidad, la mayor incidencia delictiva la presentan los psicópatas *primarios*, es decir, aquellos que genética y ambientalmente están determinados a hacer el mal<sup>10</sup>. ¿Por qué son así?

---

<sup>9</sup> L. Ortega-Monasterio, "Semiología y aspectos médico-legales de los grandes síndromes psicopatológicos", *Centro de Estudios Judiciales, Psiquiatría forense*, Madrid, Ministerio de Justicia, 1990, pp. 24-25.

<sup>10</sup> Para la distinción entre psicópatas *primarios* y *secundarios*, véase recientemente, M.I. González-Tapia/I. Obsuth/R. Heeds, "A new legal treatment for psychopaths? Perplexities for legal thinkers", *International Journal of Law and Psychiatry*, 2017. Cfr. también, V. Garrido, *El psicópata. Un camaleón en la sociedad actual*, Alcira (Valencia), editorial Algar, 4ª ed., 2000. De interés, en relación a los delincuentes sexuales, I. Navarro Frías, "Psicopatía y medidas de seguridad: el caso de los psicópatas

Esto no se sabe exactamente. Las pruebas de neuroimagen atisban en el cerebro del psicópata dificultades tanto para percibir emociones en los demás como para experimentar las emociones propias<sup>11</sup>. ¡Una gran desgracia para ellos pero, sobre todo, para los que se cruzan en su camino!

Hechas estas precisiones, la enfermedad mental que se toma en cuenta en la práctica de tribunales e instituciones penales es la *psicótica*. La del hombre psicótico. Como es sabido, el problema penal en general concierne a los varones. Las mujeres están, por suerte para ellas y para la sociedad, infrarrepresentadas en todas las instancias del sistema: Policía, Justicia, Cárcel. En ningún caso exceden el 10% de la población detenida, condenada o encarcelada. La testosterona, un precario control de los impulsos en muchos hombres y una más acentuada búsqueda de sensaciones deben de ser los factores causantes de esta desproporción.

Los resultados de la investigación muestran que la mayor parte de los enfermos psicóticos captados por el sistema penal padecen esquizofrenia. Esta enfermedad supone una inversión de la realidad y se manifiesta en alucinaciones y en la convicción de oír voces que no sentimos los que pasamos por personas *corrientes*. La esquizofrenia tiene grados. En su punto más álgido se encuentra el delirio. En él ya no se trata meramente de brotes, sino de un estado durable. La ciencia se halla bastante huérfana, sin embargo, más allá del típico dueto de la genética y el ambiente, sobre las causas de la más grave de las enfermedades psicóticas. Se conoce, en cambio, por los estudios de neuroimagen, que la corteza prefrontal se halla afectada por esta enfermedad<sup>12</sup>. Asimismo se sabe que suele manifestarse en la adolescencia, lo cual no significa que éste sea el momento de su gestación. Algunos estudios han hablado de su posible generación en la vida fetal y, más concretamente, en el segundo trimestre del embarazo, cuando se desarrolla el cerebro<sup>13</sup>.

Entre los trastornos mentales graves se encuentran también las depresiones mayores psicotizadas, los síndromes bipolares (antes llamados maniaco-depresivos) e incluso los trastornos límite de la personalidad<sup>14</sup>. Ocasionalmente, a la enfermedad mental se ha podido llegar por un traumatismo que ha degenerado en una lesión orgánica, como sucedió en el interesante caso abordado por la SAP Córdoba 212/2017, de 18 de mayo, Sección 3ª. Mediante una prueba de neuroimagen, se pudo detectar en el acusado una afectación en el lóbulo prefrontal izquierdo y en la zona correlativa

---

sexuales y la libertad vigilada tras la reforma de Código Penal”, *Cuadernos de Política Criminal* 105 (2011), pp. 117 y ss.

<sup>11</sup> C. Ávila, “Neuroimagen y psicopatía”, *VII Jornadas de ATIP*, Almagro, 2012, p. 93.

<sup>12</sup> F. Reinoso, *El ser humano desde la neurociencia y la trascendencia*, Madrid, Real Academia de Medicina, 2018, p. 28.

<sup>13</sup> Cfr. *El País*, 15 de noviembre de 1991 y 9 de noviembre de 1992, dándose cuenta de algunos estudios científicos.

<sup>14</sup> AA. VV. *Soportes para la ciudadanía*, FAISEM, 2012, pp. 46 y ss. Los trastornos límite de la personalidad se conocen también con el nombre de trastornos de personalidad inestable. Aunque no parece ser una categoría demasiado bien consolidada, sus síntomas consisten en una extrema inestabilidad tanto en la autoimagen como en las relaciones interpersonales. Cfr. *Soportes*, p. 55.

de la amígdala, lo cual le producía una anulación de la capacidad de controlar sus actos<sup>15</sup>.

No siempre es fácil la adjudicación al enfermo de una sola patología, pues hay casos de comorbilidad. La comorbilidad más característica y más problemática se produce entre la esquizofrenia y el consumo de drogas. Se habla en estos casos de *patología dual*. Personas con patología dual abundan en las instituciones de encierro. La hipótesis de la que partimos es que la esquizofrenia tiende a aumentar por la ingesta de drogas en personas que tienen una predisposición a sufrir dicha enfermedad. No es que la droga lleve a la psicosis; sólo lo hace si existe una proclividad biológica.

¿Cometen más delitos los que padecen estos graves trastornos mentales que los que no los sufren? La literatura especializada se opone, por lo general, a ver una mayor tendencia al delito por el hecho en sí de la enfermedad mental<sup>16</sup>. Pero advierte del ambiente desordenado que rodea a los pacientes, sus propios hábitos de abandono y el no infrecuente consumo de drogas. A veces –como decimos- es la propia ingesta de tóxicos la que precipita la enfermedad psicótica. La conjunción de estos factores los haría entonces más propensos a cometer delitos que las personas estadísticamente *normales*.

## VI. ENFERMOS MENTALES QUE CUMPLEN UNA PENA DE PRISIÓN

Los enfermos mentales en la prisión son clasificados, al igual que los demás internos, de acuerdo al sistema de individualización científica. Comprende dicho sistema tres grados o períodos: régimen cerrado o primer grado, régimen ordinario o segundo grado y régimen abierto o tercer grado. Por lo que alcanzo a ver, ningún enfermo mental está clasificado en el régimen cerrado, grado basado en una estricta supervisión de las actividades del interno, una prolongada permanencia en la celda y una limitada salida al patio. Este régimen se adapta más al trastorno antisocial de la personalidad, pero no a la insania psicótica.

Veamos los aspectos generales de la vida en prisión de las personas que padecen un trastorno mental grave.

---

<sup>15</sup> Este caso ha tenido un importante desarrollo jurídico. Presentado el recurso de casación contra la sentencia de la Audiencia de Córdoba, el Tribunal Supremo lo desestimó (STS 33/2018, de 23 de enero). Como el sujeto había estado en prisión preventiva desde que se dictó la sentencia de la Audiencia hasta que se pronunció la del Tribunal Supremo, el Tribunal Constitucional, a cuya jurisdicción llegó también el caso en demanda de amparo, entendió que tal medida vulneraba el principio de legalidad y el de libertad personal, por no estar prevista en el ordenamiento jurídico para los enajenados mentales que habían sido absueltos en la instancia. Por ello concedió amparo al demandante (STC 84/2018, de 16 de julio).

<sup>16</sup> Ortega-Monasterio, *ob. cit.*, p. 17; M.Á. Soria, *Psicología y práctica jurídica*, Barcelona, Ariel, 1998, p. 77; J.M. Arroyo, "Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario. El caso español en el contexto europeo", *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2013, v. 13, nº 3; Fundación Abogacía Española, 2013.

## 1. La situación fáctica.

La razón principal por la que el tema de los enfermos mentales delincuentes ha cobrado tanto interés en los últimos 25 años es por la presencia de algunos o bastantes de ellos en la prisión. A dichos sentenciados se les ha impuesto una pena. Por qué se les ha aplicado una pena padeciendo una anomalía o alteración psíquica, es algo que explicaremos más adelante (punto 4 de este epígrafe). El Código Penal trata de impedir, desde luego, que a los enfermos mentales que han delinquido se les imponga esta consecuencia penal. Su artículo 60 prescribe incluso que si el recluso cayera en insania mental durante su estancia en la prisión, el juez de vigilancia penitenciaria suspenda la ejecución de la pena, garantizando que reciba la asistencia médica precisa, con la posible aplicación de una medida de seguridad. ¿Medida de seguridad en lugar de pena? Ingresado el condenado en la prisión, la conversión de ésta en una medida de seguridad sólo se ha aplicado una vez en los últimos siete años en el establecimiento penitenciario de Córdoba.

En la prisión cordobesa, unos 50 reclusos de media al año padecen trastornos mentales graves. Cuenta el centro cordobés con un módulo de enfermería donde, indistintamente, pueden permanecer enfermos somáticos y psiquiátricos. A diferencia de otras prisiones andaluzas, no existe un módulo psiquiátrico específico. Pero, a su favor y con ventaja respecto a otros establecimientos penitenciarios de la región, una vez a la semana pasa consulta una psiquiatra procedente del Servicio Andaluz de Salud Mental. “Las cosas funcionan aceptablemente bien –admite Bartolomé Díaz, médico del centro-, porque formamos un buen equipo humano”.

En el módulo de enfermería, los internos psiquiátricos suelen permanecer de uno a tres meses, el tiempo suficiente para estabilizarlos. Algunos necesitan un período más prolongado. ¿Qué es estabilizar? Sofocar los brotes esquizoides que algunos sufren, compensar mínimamente a los internos con patología dual antes de ser derivados al programa de rehabilitación de drogodependencias.

Desde mediados del siglo pasado se ha avanzado mucho en la investigación y posterior comercialización de los antipsicóticos. Todo empezó con un descubrimiento aparentemente casual (más bien, causal). Pudo comprobarse que un producto llamado Clorpromazina, con propiedades anestésicas y/o antihistamínicas, daba resultado en el tratamiento de los enfermos psicóticos<sup>17</sup>. No era una panacea curativa, pero se convirtió en un fármaco neutralizador de las grandes sacudidas de la mente. Tiene efectos secundarios, por supuesto, en forma de caimiento, babeo... A este fármaco se le llamó antipsicótico *típico*, en contraste con los denominados *atípicos*, cuya aparición se iba a producir a finales del siglo pasado, sin que por ello la Clorpromacina haya dejado de utilizarse según los casos. La medicación atípica corrige parte de los efectos secundarios de la típica, pero causa otros, como problemas metabólicos, diabetes y una clara tendencia a la obesidad. El descubrimiento de los medicamentos *retard* ha sido un nuevo avance en el tratamiento de la esquizofrenia. Una inyección intramuscular de Xeplion (producto usado en la prisión) tiene un campo de acción

---

<sup>17</sup> F. González Carmona, *Estudio médico-social de los trastornos de personalidad en el período preasistencial psiquiátrico*, Córdoba, 2003. Tesis doctoral, p. 13.



prolongado de un mes. E incluso ahora se ensaya con fármacos cuyos efectos pudieran extenderse durante tres meses.

En el módulo de enfermería es muy importante la labor del *interno de apoyo*. Con él cruce algunas palabras, y me lo imaginé como el *hombre bueno* de las antiguas leyes procesales. Un recluso del módulo se me acercó y, tras mostrarme su antebrazo izquierdo con múltiples cortes de cuchilla ya en fase de cicatrización, me confesó que sin él no sabría sobrellevar su vida en la cárcel.

Tras su paso por el módulo de enfermería, los pacientes acceden a otros módulos junto a internos *comunes*. Primero, a un nivel 2 para irlos familiarizando en la interacción con sus nuevos convecinos. Y luego a un nivel 3, donde se empieza propiamente el programa de reinserción social. En estos módulos han de seguir su medicación conforme a las prescripciones de la psiquiatra.

No estoy en condiciones de afirmar o de negar lo que leo en otros estudios empíricos sobre la difícil convivencia de los enfermos mentales con el resto de los reclusos: sobre las mofas, las disputas, el rechazo...<sup>18</sup>. La institución penitenciaria los pone en común con el bienhechor propósito de su integración en una vida de relación. Pero, si las relaciones son difíciles extramuros de la prisión, no nos puede sorprender lo que aseguran esos observadores.

## 2. Centro de Inserción Social.

El Centro de Inserción Social (CIS) es el establecimiento encargado de la gestión del tercer grado penitenciario y de la libertad condicional.

La mayoría de los condenados están clasificados en el segundo grado o régimen *ordinario* y muchos terminan de cumplir su pena en este régimen. Una parte de ellos accede, sin embargo, al Centro de Inserción Social. Algunos, incluso, diagnosticados de un trastorno mental grave, si bien en fase de estabilización.

Los enfermos mentales adscritos al régimen abierto acuden al Centro de Día del FAISEM. Esta fundación atiende, en general, a los enfermos con trastornos mentales graves no delincuentes. Los que proceden del Centro de Inserción Social se enrolan en la asociación benéfica, adonde llegan por sus propios medios o son conducidos por algún familiar. La jornada comienza a las 9 h. y finaliza a las 18 h., cuando se recogen de nuevo en el Centro de Inserción Social.

En 2014 se suscribió el acuerdo entre el FAISEM y la Dirección General de Instituciones Penitenciarias para ofrecer cobertura en sus instalaciones a los enfermos mentales clasificados en tercer grado. Para el año 2018, había una previsión de recibir a 26 internos procedentes del Centro de Inserción Social. Está bien..., incluso muy bien.

Al final se termina sabiendo la procedencia penitenciaria, aunque esto no suele ser óbice para integrarse en las actividades que realizan esos otros enfermos psicóticos no delincuentes. Las monitoras me dicen que el suyo es un trabajo vocacional. Lucía Parias me enseña con sumo agrado las instalaciones del centro. Actividades

---

<sup>18</sup> Por ejemplo, *Informe del Defensor del Pueblo Andaluz*, ibídem.

ocupacionales, de aprendizaje, deportivas. Talleres de cerámica, de operaciones de cálculo..., una pista de fútbol. Carentes de contactos físicos, hay que acostumbrarlos al roce personal con ejercicios de biodanza.

En el Centro de Día del FAISEM no existen barreras arquitectónicas, más allá de las propias de cualquier edificio, y los enfermos pueden incluso salir a la calle más próxima para cosas tan sencillas como comprar algo en el supermercado o tomarse un café en un bar cercano.

Los enfermos psiquiátricos han de mantener los hábitos de higiene y hacer ejercicio físico, dada su tendencia al adocenamiento, no infrecuente tampoco entre sectores de la población *sana*.

Al Centro de Día del FAISEM no ha sido destinado todavía ningún penado en situación de libertad condicional. La extraña regulación otorgada a esta figura por la reforma al Código Penal de 2015 presagia, en lo general, un menor uso de la misma en los años venideros. Si llegara a concederse a algún enfermo mental, su destino podría ser quizás alguno de los otros recursos de los que dispone el FAISEM: casas-hogar, viviendas supervisadas. Lugares éstos, por cierto, que han contado con no pocos problemas de implantación por el rechazo de los vecinos. Ante la consigna destemplada de “no queremos violadores y asesinos”, han tenido que superar el repudio comunal -según me comenta Juan Antonio Moñiz-.

### **3. Prisión atenuada.**

La prisión atenuada no es, en realidad, una modalidad específica de cumplimiento de la pena privativa de libertad. Pero su utilización se ha abierto paso al amparo del artículo 100 del Reglamento Penitenciario. Responde a un objetivo de flexibilidad en la ejecución del régimen ordinario o de segundo grado. En la medida en que la mayor parte de los presos se encuentran clasificados en este régimen ordinario, sin más subdivisiones que la propia del sistema de módulos, una particularidad para ellos es la de poder disponer de una forma de cumplimiento más variada.

En 2017, han pasado por el FAISEM cinco enfermos mentales procedentes de la prisión. Para 2018 se esperaba aumentar su número hasta ocho. Resulta plausible, desde luego, que algunos presos enfermos con una buena evolución en el régimen ordinario puedan obtener estas salidas de día.

Su régimen en las instalaciones del FAISEM es coincidente con los que proceden del Centro de Inserción Social. Con un matiz. Han de ser llevados al Centro de Día y recogidos del mismo por un voluntario de la pastoral penitenciaria, para pernoctar tras la jornada asistencial en el establecimiento carcelario.

### **4. El dilema jurídico.**

El panorama existente en las prisiones españolas está lejos de las previsiones legales. El Código Penal no lo contempla. La normativa penitenciaria, tampoco. Entonces, ¿por qué se encuentran los enfermos mentales en prisión?

Los motivos son varios.

Primero, porque en el juicio que los condenó ninguna de las partes solicitó la aplicación de la causa de inimputabilidad o de semiimputabilidad. En el plenario, sin que quiera deslizar ninguna infravaloración para el colectivo, intervienen a menudo abogados de oficio, los cuales omiten hacer dicha petición. Tampoco el fiscal repara en su estado mental. Acaso, una y otra parte ven por primera vez en el juicio oral al encausado y, durante su celebración, éste no da una imagen muy distinta a otros congéneres que se sientan en el banquillo de acusados: mitad drogadictos, mitad periféricos sociales.

Segundo, a la falta de petición de una prueba pericial psiquiátrica. Como dicha prueba cuesta dinero, el enjuiciado no está siempre en condiciones de solicitarla. En algunos Institutos de Medicina Legal no hay psiquiatra. A menudo es el propio médico generalista forense el que emite, cuando procede, el informe técnico, el cual, en opinión de algún autor, debiera considerarse nulo por su falta de especialización<sup>19</sup>.

Tercero, por los juicios rápidos. En un afán loable de reducir los tiempos de la justicia, este modelo de enjuiciamiento hace que todo se desarrolle de forma maquinal. En algunos casos de agresiones a agentes policiales o quebrantamientos de condena tras incumplir la orden de alejamiento por violencia de género, los sentenciados padecen alguna enfermedad psicótica y, dada la celeridad con la que se celebran los juicios, no se para mientes en ella<sup>20</sup>.

Por último, desde el punto de vista de la estrategia procesal de la defensa, no siempre es mejor para el cliente postular la existencia de una causa de inimputabilidad o semiimputabilidad. Como la consecuencia de su apreciación es la imposición de una medida de seguridad, el cumplimiento de tal sanción queda sustraído a algunas ventajas de las que participan los *penados*: la prisión atenuada del artículo 100 del Reglamento Penitenciario, la posible obtención del tercer grado penitenciario, los permisos de salida reglados, la libertad condicional. Esta paradoja lleva a un resultado no peor para el enfermo encarcelado que al que se hubiera llegado de habersele aplicado una medida de seguridad.

## VII. ENFERMOS MENTALES QUE CUMPLEN UNA MEDIDA DE SEGURIDAD

La respuesta *legal* a los enfermos mentales delincuentes consiste en la aplicación de una medida de seguridad, no una pena. El artículo 101 del Código Penal establece: “Al sujeto que sea declarado exento de responsabilidad criminal conforme al número 1º del artículo 20 (anomalía o alteración psíquica), se le podrá aplicar, si fuera necesaria, la medida de internamiento para tratamiento médico... en un establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie...”. Pero, para aplicar esta medida de seguridad, es necesario, lógicamente, que en la sentencia condenatoria se haya apreciado una causa de inimputabilidad o, al menos, de semiimputabilidad. Lo cual -como acabamos de ver- no siempre sucede.

<sup>19</sup> J.-F. Higuera, *ob. cit.*, p. 822.

<sup>20</sup> F. Santos, “Personas con discapacidad intelectual o trastorno mental que cumplen condena en centros penitenciarios ordinarios: algunas disquisiciones jurídicas”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2015, v. 17, nº 3, p. 65.

Las medidas de seguridad para los enfermos mentales pueden ser de internamiento o ambulatorias.

## 1. Las medidas de seguridad de internamiento.

De acuerdo a la normativa penitenciaria, las medidas de internamiento deben cumplirse en establecimientos o unidades psiquiátricas *penitenciarias* (artículos 183 y ss. del Reglamento Penitenciario). De este mandato se derivan dos posibilidades. Primera, que el internamiento se lleve a cabo en un Hospital Psiquiátrico Penitenciario. Segunda, que el ingreso se haga en un módulo psiquiátrico de la misma prisión.

### 1.1. El Hospital Psiquiátrico Penitenciario.

La Administración penitenciaria española dispone de dos Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios: en Sevilla y Alicante. Cataluña, la única comunidad con competencias en la gestión de las cárceles, cuenta también con una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria, en el recinto de Brians 1.

Con motivo de esta investigación he tenido oportunidad de visitar el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla y hablar con Inmaculada Giráldez, subdirectora de tratamiento del establecimiento.

El Hospital sevillano cubre una parte de la geografía española: Andalucía, Extremadura, Canarias, Ceuta y Melilla. La población media asilada está en torno a 160 hombres (el de Alicante tiene sección también para mujeres). Entre 30 y 40 internos cumplen medida de seguridad por un delito de homicidio o asesinato. Una buena parte de los reclusos han cometido delitos en el ámbito familiar, predominantemente un hijo contra alguno de sus padres. A menudo consisten en lesiones o amenazas. Otro delito característico es el atentado (no terrorista, lógicamente) contra agentes policiales. Se produce éste, en ocasiones, por algunas personas que viven en la calle y son aconsejadas o compelidas por la fuerza pública a su recogimiento en un albergue social, repeliendo la orden con una agresión. Hay pocos delincuentes sexuales. Más cercanos a otras patologías, como el trastorno antisocial de la personalidad, problemas psicodinámicos residenciados en su infancia o un machismo oportunista, los violadores son condenados a una pena, y no a una medida de seguridad.

En el tratamiento hospitalario no existe una clara distinción entre los enfermos reclusos por la aplicación de una causa de inimputabilidad y los internados por una causa de semiimputabilidad. Es básicamente homogéneo para todos ellos. El 70% lo está por la primera; el 30%, por la segunda. Los motivos que determinaron en la sentencia esta diferenciación jurídica no fueron, seguramente, muy exactos. El perito médico tiene que valorar en el juicio no sólo la existencia de la enfermedad mental, sino también si ésta impidió o no conocer al responsable la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión. Lo cual ha de hacer, por lo general, bastante tiempo después de cometido el delito. De considerar el psiquiatra que esa capacidad se halla *anulada*, y si su dictamen es convincente, se aplica la inimputabilidad completa; si hay una *merma considerable* pero no una anulación, se opta por la semiimputabilidad. ¡Todo un ejercicio de adivinanza!

Conforme al artículo 6 del Código Penal, la medida de seguridad no puede exceder la duración de la pena de prisión que hubiera correspondido de no haberse apreciado la enfermedad mental en la sentencia. El límite general es el de la pena abstracta (Acuerdo no Jurisdiccional del Tribunal Supremo de 31 de marzo de 2009), pero con frecuencia los jueces y tribunales, en los casos de semiimputabilidad, lo reconducen a la pena concreta, que resultaría, según el artículo 68 del Código, de rebajar la pena abstracta en uno o dos grados. En la ejecutoria, la duración de la medida de seguridad no acostumbra a sobrepasar el de la pena así disminuida.

En cuanto a los trastornos mentales de los internos, a la mayoría se les ha diagnosticado una esquizofrenia, en sus distintos tipos: de signo paranoide, esquizoafectiva o alguna otra de la categorización psiquiátrica. Pocos son los bipolares. La respuesta a estos últimos suele consistir en una medida de seguridad ambulatoria y una medicación basada en el litio. Más de la mitad de la población internada padece una patología dual, en particular por consumo de cannabis y/o alcohol. Estos enfermos son más difíciles de tratar que los psicóticos *puros*, por cuanto necesitan de un programa de desintoxicación adicional del que dispone también el mismo Hospital sevillano.

Un obstáculo que se suele presentar en el tratamiento es el rechazo por el enfermo a reconocer su propia patología. Bastantes enfermos psicóticos se resisten a admitir su trastorno mental pese al enorme desgaste que les producen las alucinaciones, las voces que oyen. Se agarran a la creencia de que estos trastornos son inducidos por grupos organizados o personas individuales que conspiran contra ellos.

De mis observaciones infiero que el cumplimiento de una medida de seguridad supone, en términos de privación *real* de la libertad, una mayor aflicción que el cumplimiento de una pena. Ya lo he comentado con anterioridad: en las medidas de seguridad no cabe aplicar la prisión atenuada, el tercer grado penitenciario o régimen abierto, tampoco la libertad condicional, ni siquiera los permisos de salida. Sería éste un tema a debatir con más calma: ¿por qué los responsables de un delito cuyo destino es una medida de seguridad de orden asistencial y curativo suelen salir peor parados que los castigados con una pena, consecuencia jurídica ésta que también busca la reinserción social, pero el fin asistencial no es tan notorio?

Se me objeta por algunos juristas forenses que la medida de seguridad de internamiento no tiene por qué cumplirse íntegramente según la duración fijada en la sentencia. Cabe su sustitución por una medida terapéutica de carácter ambulatorio. De acuerdo, esto puede ser así. Pero, ¿en cuántos casos se produce esta sustitución sobrevenida? En seis o siete internos por año de los 160 que conforman como promedio la población del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla.

Puedo admitir también que el régimen de la medida de seguridad psiquiátrica se dulcifica de algún modo mediante las llamadas *salidas terapéuticas*. Dentro del Programa de Rehabilitación Psico-Social participado por el FAISEM y la Asociación de Familiares, Allegados y Personas con Trastorno Mental Grave (ASAENES), y siempre que el juez de vigilancia penitenciaria lo autorice, algunos internos pueden integrarse en las actividades ocupacionales, deportivas o de ocio organizadas por estas entidades. Es malo comparar, y más elementos heterogéneos, pero permítaseme que lance el reto de sopesar en términos hipotéticos si estas salidas terapéuticas reducen la

constricción del internamiento en términos similares a los permisos de salida para las penas.

Y todo llega a su fin. Se ha cumplido ya la duración efectiva de la medida de seguridad. Sabemos que la esquizofrenia no se cura. Sus efectos se contrapesan mediante los fármacos antipsicóticos, terapias psicológicas y actividades ocupacionales o deportivas. Se puede llevar una vida aceptable. Pero la esquizofrenia está ahí, a modo de un revés del destino que zahiere la vida de los pacientes y sus familiares.

Cuando le llega al enfermo el momento de decir adiós a su hospitalización penitenciaria, es derivado para su evaluación a los servicios de salud mental. El tratamiento seguido en el ámbito penitenciario puede no compatibilizarse con el aconsejado ahora por la Sanidad Pública. Se ofrecen distintas posibilidades: ingreso en una comunidad terapéutica dependiente de salud mental; custodia familiar; servicios residenciales del FAISEM; búsqueda de un trabajo por esta última institución, con las consiguientes dificultades que ello implica por la mácula de la vesania. Cabe también el recurso al artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil para su internamiento involuntario en un centro no penitenciario. Por último, hay quien ingresa, si las finanzas familiares lo permiten, en una clínica psiquiátrica privada<sup>21</sup>.

Lo más complicado a menudo es asegurarse la continuidad del tratamiento. Sin la mirada observante de los cuidadores, todo puede irse al traste<sup>22</sup>. La consecuencia criminológica es la recaída en el delito. Entraríamos así en una espiral de entradas y salidas dentro del sistema penal. En algunos casos extremos, este flujo sólo concluye con la más pronta llegada de la parca (en torno a 60 años) con respecto al promedio de la gente *mejor tratada* por las leyes causales.

## 1.2. Los módulos psiquiátricos de las prisiones.

Como ya sabemos, el Reglamento Penitenciario permite que las medidas de seguridad impuestas a los enfermos mentales se puedan cumplir en los módulos psiquiátricos de las prisiones. La Instrucción 19/2011, de 16 de noviembre, de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, ha ratificado esta localización.

A mi parecer, ni el Código Penal ni la Ley General Penitenciaria están pensando en esta posibilidad. Pero quizás tampoco sea incompatible con ellos. Entre otras cosas, porque –como recuerda un sector doctrinal– las reglas del Código Penal sobre la ejecución de las medidas de seguridad son poco expresivas, no condicionando imperativamente una forma concreta de cumplimiento<sup>23</sup>.

---

<sup>21</sup> En Andalucía existen tres clínicas psiquiátricas privadas en la provincia de Málaga. Cfr. *Soportes*, cit. p. 152.

<sup>22</sup> Arroyo, *ob. cit.*

<sup>23</sup> A. Jorge Barreiro, “Reflexiones sobre la problemática actual y el futuro de las medidas de seguridad criminales: su regulación en el Derecho Penal español y en el Derecho comparado”, *Libro homenaje a Santiago Mir Puig*, Madrid, La Ley, 2010, p. 622. Véase también, J. Nistal, “El cumplimiento de las medidas de seguridad privativas de libertad. Problemática que genera la escasa regulación normativa al respecto”, *La Ley*, 24 de mayo de 2012.

Legitimemos, pues, esta expansión del Reglamento Penitenciario conforme a la cual las medidas de seguridad para los enfermos mentales se pueden cumplir en las mismas prisiones. Pero enseguida debemos reconocer que esta normativa habla de *unidades psiquiátricas* (léase, *módulos psiquiátricos*). Lo cual impediría su ejecución en las prisiones que no disponen de un específico módulo psiquiátrico, como sucede en la de Córdoba. Seguramente por eso en la prisión cordobesa hay muy pocos internos condenados a una medida de seguridad.

El porcentaje general de enfermos mentales que cumplen una medida de seguridad en las prisiones españolas se halla en algo más del 1% de la población reclusa. Unos 600 internos son computados en la estadística penitenciaria dentro del capítulo de medidas *judiciales*; es decir, las impuestas por jueces o tribunales por la comisión de un delito y ante el diagnóstico de peligrosidad criminal del enfermo.

A diferencia de la población asilada en los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, a la mayoría de los internos que cumplen una medida de seguridad en el módulo psiquiátrico de una prisión se les ha aplicado la causa de semiimputabilidad. Según un estudio, el porcentaje se encontraría entre el 78% de casos de imputabilidad disminuida frente al 12% de inimputabilidad plena; el resto de supuestos se distribuiría entre el apartado “no consta” y alguna imposición esporádica de la atenuante de análoga significación del artículo 21, nº 7, en su relación con la causa de semiimputabilidad<sup>24</sup>.

Desde el punto de vista práctico, el tratamiento de estos internos con medida de seguridad no difiere, en principio, al de los condenados a una pena de prisión. Aunque la *sanción* por la que han llegado a la cárcel es distinta, el estudio médico-psiquiátrico determina el módulo de destino y el tratamiento farmacológico o de otro tipo que deben recibir.

### 1.3. Unidades psiquiátricas de la Sanidad Pública.

Se trata de una situación no contemplada en la legislación penitenciaria. Un internamiento de este tipo tiene asimismo una escasa significación práctica, al menos en aquellas regiones como Andalucía que cuentan con recursos penitenciarios para que tal circunstancia no se produzca. Como hemos visto, en el territorio andaluz (en Sevilla, en concreto) hay un Hospital Psiquiátrico Penitenciario y en algunas prisiones andaluzas existen también módulos *psiquiátricos* donde se cumplen las medidas de seguridad en los casos de trastornos mentales graves. El recurso a la Sanidad Pública general no suele ser necesario.

El sistema de salud pública en Córdoba cuenta con una unidad psiquiátrica de 46 camas y una comunidad terapéutica de 19. Siguiendo el mandato del artículo 20 de la Ley General de Sanidad de 1986, estas dependencias psiquiátricas no se hallan en un edificio propio, sino dentro del Hospital Reina Sofía. Carece la ciudad de un hospital psiquiátrico diferenciado. La salud mental se trata sin discriminaciones arquitectónicas con respecto a las enfermedades somáticas.

---

<sup>24</sup> Cfr. Cerezo/Díaz, “El enfermo mental”, cit. p. 13.

La unidad psiquiátrica se reserva principalmente para los internamientos extradelictivos, incluidos los involuntarios al amparo del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil<sup>25</sup>. En 1983 se había establecido ya por ley la preceptiva autorización del juez civil para ingresar a los enfermos mentales. La hospitalización dejó de depender de la sola decisión del médico y/o de la familia. La autorización judicial se suele producir a posteriori, tras el asilamiento previo del paciente por razones de urgencia. No nos corresponde en esta sede hablar de las formas de tratamiento a estos internos. Diré, sin embargo -según me comentó Carmen Prada, directora de Psiquiatría de la Sanidad Pública-, que en Córdoba nunca se emplea el *electroschock*, ni siquiera para las depresiones severas. Este procedimiento se utiliza en otros sitios<sup>26</sup>.

En el recinto hospitalario Reina Sofía hay, con todo, una planta *penitenciaria*. A ella son llevados algunos penados con problemas mentales. Desde la misma prisión se puede solicitar, ante un brote agudo, el traslado del enfermo para su debido control. Estos ingresos suelen durar tres semanas, requiriéndose la presencia de una pareja de policías.

Desde distintas instancias se ha recomendado la integración de los enfermos mentales delincuentes en los servicios generales de la salud pública<sup>27</sup>. Es decir, el tratamiento a los mismos no debiera aplicarse en los establecimientos dependientes de prisiones, sino en centros hospitalarios generales. No estoy seguro de las ventajas de este aserto. Podría ser hasta contraproducente. La situación fáctica en Andalucía no es ni mucho menos la ideal, pero podría empeorar. De seguirse tales recomendaciones, la sanidad pública tendría que estar sometida a un servicio de seguridad. Se propiciaría una mezcla entre distintos enfermos mentales, no delincuentes y delincuentes. Este problema fue ya avizorado por algunos alienistas del siglo XIX<sup>28</sup>, los cuales no pensaron que la *manicomización* de los delincuentes *locos* fuera la mejor solución.

Algunas regiones españolas siguen contando, ciertamente, con Hospitales Psiquiátricos de propia planta<sup>29</sup>. Enfermos con medidas judiciales son internados en esos Hospitales Psiquiátricos, y, según creo, no sólo para los casos agudos como sucede en Andalucía. En un trabajo realizado en Madrid, a finales del siglo pasado, se constató el ingreso de 74 personas en el Hospital Psiquiátrico de la capital en cumplimiento de medidas judiciales durante el período de 1990 a 1998<sup>30</sup>. Se dan

---

<sup>25</sup> Este precepto fue declarado inconstitucional, sin nulidad, por la STC 132/2010, de 2 de diciembre, por no tener rango de ley orgánica pese a comportar una privación de libertad.

<sup>26</sup> Leo en *El País*, de 10 de marzo de 1997, que la terapia del electrochoque vuelve a utilizarse para tratar sobre todo la depresión grave.

<sup>27</sup> Arroyo, *ob. cit.*; Grupo PRECA, *ob. cit.*, p. 11.

<sup>28</sup> Puede verse, H. Roldán, *Historia de la Prisión en España*, Barcelona, PPU, 1988, pp. 140 y ss.

<sup>29</sup> *Soportes*, cit. p. 142: "En la mayoría de las Comunidades los Hospitales Psiquiátricos siguen siendo un elemento de peso en la atención en salud mental, produciéndose anualmente en ellos más del 25% del total de ingresos de corta estancia, contraviniendo así lo establecido en la propia Ley General de Sanidad".

<sup>30</sup> M<sup>a</sup>. A. Corral/B. Santamaría/P. Sopolana, "Ingresos por orden judicial en un Hospital Psiquiátrico", *IV Congreso Andaluz de Ciencias Penales*, Puerto de Santa María, 1998, pp. 357 y ss.



condiciones, pues, para hacer un análisis comparativo entre la psiquiatría penitenciaria y la pública hospitalaria. El que ésta sea de mayor calidad no conlleva necesariamente una mejor eficacia en el tratamiento de la agresividad.

## 2. Las medidas de seguridad de carácter ambulatorio.

El artículo 101 del Código Penal permite aplicar una medida de carácter ambulatorio en lugar de una medida de internamiento para los declarados inimputables por una anomalía o alteración psíquica. E incluso faculta hasta a prescindir de la imposición de una medida de tal carácter ambulatorio si no fuera necesaria por el riesgo de futuros delitos. Pese a ello, será raro que no se aprecie ese mínimo de peligrosidad (fundamento de toda medida de seguridad) para dejar de acordar algún tipo de respuesta sancionadora.

Los juristas forenses desaconsejan en bastantes casos la aplicación de una medida de internamiento. Recomiendan una medida ambulatoria. La libertad vigilada se ofrece como esa respuesta apropiada. Esta medida lleva consigo, por lo general, la obligación de seguir un tratamiento médico externo o de someterse a un control psiquiátrico periódico. Los Ambulatorios de la red pública suelen ser los órganos de validación de estas medidas, debiendo informar al juez o tribunal.

La aplicación de una medida ambulatoria suele estar precedida por la adscripción del aún no sentenciado a esta modalidad de tratamiento. En la sentencia se viene a confirmar ese régimen precedente. Los jueces se sienten un poco como convidados de piedra, pues son los informes psiquiátricos los decisivos. El delito no es grave: digamos unas lesiones de no mucha entidad o unos daños materiales. Y el trastorno psicótico puede ser el bipolar.

Al tratamiento externo ambulatorio se puede llegar también mediante la transformación de una inicial medida de internamiento. Pero –como ya dije– desde el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla no se computan más de seis o siete casos al año de sustitución de la medida de internamiento por un régimen ambulatorio.

## VIII. CONCLUSIONES SOBRE LAS RELACIONES PENA-MEDIDA DE SEGURIDAD PARA LOS ENFERMOS MENTALES.

Hasta 2010 el sistema legal imperante, en las relaciones entre la pena y la medida de seguridad, era el de *doble vía*: para los imputables se contemplaba una pena; para los inimputables, una medida de seguridad. Este sistema de doble vía se complementaba con el llamado modelo *vicarial* o *dualismo flexible*, vigente para los semiimputables<sup>31</sup>. Conforme a esta última fórmula, se podía (se puede) acumular la

---

<sup>31</sup> A. Jorge Barreiro, “El enfermo mental delincuente y peligroso ante el CP de 1995”, *Revista de Derecho Penal y Criminología*, 2ª época, nº 6, 2000, pp. 177 y ss.; el mismo, “Reflexiones sobre la compatibilidad de la regulación de las medidas de seguridad en el CP de 1995 con las exigencias del Estado de Derecho”, *Homenaje al Prof. Dr. Gonzalo Rodríguez Mourullo*, Cizur Menor (Navarra), Aranzadi, 2005, pp. 565 y ss.; el mismo, “Reflexiones sobre la problemática actual”, *ob. cit.*, pp. 599 y ss. Véase también,

pena y la medida de seguridad si ambas son privativas de libertad, pero con una condición: primero se cumple la medida de seguridad y el tiempo de su duración se computa al de la pena. Si tras el cómputo aún quedara un resto de pena por ejecutar, ésta podría suspenderse condicionalmente.

La reforma al Código Penal de 2010, complementada por la de 2015, ha venido a introducir en el ordenamiento jurídico un modelo adicional: el llamado por Jorge Barreiro *dualismo rígido*<sup>32</sup>, aplicable a ciertos imputables (delincuentes sexuales, terroristas). A la pena se suma una medida de seguridad sin compensación posible. De esta última fórmula no vamos a ocuparnos aquí, pues se aparta de nuestro trabajo<sup>33</sup>. Indiquemos sólo que ha supuesto toda una *revolución* en el sistema de las consecuencias sancionadoras del delito.

Ahora nos interesa diseñar, a la vista de nuestra experiencia práctica, cuál es el modelo operante para los enfermos mentales que han cometido delitos. Yo lo llamaría *modelo indiferenciado*, pues la persona con un trastorno mental grave puede ser tanto condenada a una pena de prisión como a una medida de seguridad. Esta indiferenciación responde a una falla del sistema penal. Los jueces y tribunales no detectan a menudo el estado mental perturbado del condenado, pues las partes no lo alegan; resuelven por ello su ingreso en prisión, siendo la instancia penitenciaria la que aprecia la anomalía mental una vez dictada la ejecutoria. Y, si lo detectan e imponen una medida de seguridad, ésta se puede cumplir igualmente en la prisión. A la cárcel se puede llegar, por tanto, para cumplir una pena o una medida de seguridad.

Es posible que este *sistema indiferenciado* prejuzgue una vuelta al llamado *modelo monista*, donde el Derecho Penal dispondría de una sanción unificada de reacción frente al delito. Si la pena se debe a la idea de proporcionalidad y a razones de reinserción social, también la medida de seguridad se alza sobre estos cimientos<sup>34</sup>. Dónde se cumpla una medida de seguridad -si en la prisión o en un centro o unidad psiquiátrica penitenciaria-, parece ser un tema menor desde el punto de vista práctico. Ambos lugares disponen de medios de tratamiento. Menos refinados en el primero; más específicos, en el segundo.

Por otra parte, la intoxicación plena por drogas o alcohol y el síndrome de abstinencia relativo a esas mismas sustancias pueden degenerar en auténticas psicosis: la llamada patología dual. Por eso el régimen de *indiferenciación* resulta asimismo trasladable a esta causa de inimputabilidad prevista en el artículo 20, nº 2, la cual, por cierto, se había valorado ya como innecesaria cuando se introdujo en el Código Penal de 1995 de forma específica<sup>35</sup>.

---

A. Sanz, "De nuevo sobre el tratamiento del delincuente habitual peligroso", *Estudios en homenaje al Profesor Alfonso Serrano Gómez*, Madrid, Dyckinson, 2006, pp. 1.085 y ss.

<sup>32</sup> Jorge Barreiro, "Reflexiones sobre la problemática actual", cit. p. 647.

<sup>33</sup> Cfr., no obstante, el bien elaborado artículo de Navarro, "Psicopatía y medidas de seguridad", cit. pp. 117 y ss.

<sup>34</sup> Jorge Barreiro, "Reflexiones sobre la problemática actual, cit., p. 623.

<sup>35</sup> J. Cerezo, "Las causas de inculpabilidad en el nuevo Código Penal español", *IV Congreso Andaluz de Ciencias Penales*, Puerto de Santa María, 1998, p. 31; Jorge Barreiro, "El enfermo mental delincuente",

No es la situación *soñada* la que hemos descrito en este ensayo. El modelo de *doble vía* parte de una clara separación en la consecuencia jurídica de los imputables y de los inimputables. Para los primeros se prevé una pena; para los segundos, una medida de seguridad. Y esta distinción queda repetidamente contradicha en la práctica. ¿Nos debería llevar la realidad institucional a una vuelta al monismo? No me parece tampoco la solución. Rememoraría la llamada pena-fin que enunciara, hace más de un siglo, el jurista alemán von Liszt<sup>36</sup>, la cual fue superada por el sistema de doble vía propuesto por su coetáneo Stooss. Desde el punto de vista práctico, habría que descartar la posibilidad de cumplir las medidas de seguridad en los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios y, excepcionalmente, en las unidades psiquiátricas de la Sanidad Pública. Una cosa es, como ocurre hoy, que *algunos* o *bastantes* enfermos mentales terminen cumpliendo la pena o la medida de seguridad en la prisión y otra, que *todos* los inimputables tuviesen como único destino la cárcel.

Pese a haber descrito en este opúsculo un cuadro un tanto anómalo, quisiera terminar con una llamada a la esperanza. Si los equipos humanos que han de afrontar el tratamiento de la enfermedad mental y el delito funcionan en términos éticos y profesionales –y esto he creído apreciar en los contactos con mis interlocutores-, quizás no sea tan terrible la distorsión práctica en el sistema de *doble vía* y su inclinación hacia un modelo *indiferenciado*.

## BIBLIOGRAFÍA

-AA. VV., *Informe sobre la salud mental en la cárcel de Pamplona. Análisis y propuestas*, 2008. Documento en internet.

-AA. VV., *Soportes para la ciudadanía*. FAISEM, Junta de Andalucía, 2012.

-Arroyo, J.M., “Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario. El caso español en el contexto europeo”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2013, v. 13, nº 3, 8 pp.

-Ávila, C., “Neuroimagen y psicopatía”, *VII Jornadas de ATIP*, Almagro, 2012, pp. 85-95.

-Cerezo, A./Díaz, D., “El enfermo mental en el medio penitenciario español”, *International e-Journal of Criminal Sciences*, artículo 2, nº 10 (2016), 24 pp.

---

p. 207; H. Padilla, *Exención y atenuación de la responsabilidad penal por consumo de drogas*, Granada, Comares, 2001, p. 46, en referencia a la intoxicación plena.

<sup>36</sup> F. von Liszt, “Der Zweckgedanke im Strafrecht”, *Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft* 3 (1883), *passim*.

-Cerezo, J., “Las causas de inculpabilidad en el nuevo Código Penal español”, *IV Congreso Andaluz de Ciencias Penales*, Puerto de Santa María, 1998, pp. 15-34.

-Comisiones Obreras, *Informe salud mental en prisiones, ¿2014?* Documento en internet.

-Corral, M<sup>a</sup>.A./Santamaría, B./Sopelana, P, “Ingresos por orden judicial en un Hospital Psiquiátrico”, *IV Congreso Andaluz de Ciencias Penales*, Puerto de Santa María, 1998, pp. 357-389.

-Defensor del Pueblo Andaluz, *La situación de los enfermos mentales internados en centros penitenciarios andaluces*, 1997. Documento en internet.

-Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria, *Estudio sobre la salud mental en el medio penitenciario*, 2007. Documento en internet.

-Fundación Abogacía Española, *Los enfermos mentales en el sistema penitenciario. Un análisis jurídico, ¿2013?* Documento en internet.

-Garrido, V., *El psicópata. Un camaleón en la sociedad actual*, Alcira, Editorial Algar, 4<sup>a</sup> edición, 2000.

-González Carmona, F. *Estudio médico-social de los trastornos de personalidad en el período preasistencial psiquiátrico*. Tesis doctoral. Universidad de Córdoba, 2003.

-González Tapia, M.I./ Obsuth, I/Heeds, R., “A new legal treatment for psychopaths? Perplexities for legal thinkers”, *International Journal of Law and Psychiatry*, 2017, 15 pp.

-Grupo PRECA, *Informe prevalencia de trastornos mentales en centros penitenciarios españoles*, Barcelona, 2011. Documento en internet.

-Higuera, J.-F. “Penados con discapacidades psíquicas en establecimientos no psiquiátricos penitenciarios”, *Estudio en homenaje al Prof. Alfonso Serrano Gómez*, Madrid, Dyckinson, 2006, pp. 815-836.

-Jorge Barreiro, A., “El enfermo mental delincuente y peligroso ante el CP de 1995”, *Revista de Derecho Penal y Criminología*, 2<sup>a</sup> época, 2000, nº 6, pp. 177-222.

-Jorge Barreiro, A., “Reflexiones sobre la compatibilidad de la regulación de las medidas de seguridad en el CP de 1995 con las exigencias del Estado de Derecho”, *Homenaje al Prof. Dr. Gonzalo Rodríguez Mourullo*, Cizur Menor (Navarra), Aranzadi, 2005, pp. 565-586.

-Jorge Barreiro, A., “Reflexiones sobre la problemática actual y el futuro de las medidas de seguridad criminales: su regulación en el Derecho Penal español y en el Derecho comparado”, *Libro homenaje a Santiago Mir Puig*, Madrid, La Ley, 2010, pp. 599-660.

-Liszt (von), F., “Der Zweckgedanke im Strafrecht”, *Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft*, 3 (1983), pp. 1-47.

-Navarro Frías, I., “Psicopatía y medidas de seguridad: el caso de los psicópatas sexuales y la libertad vigilada tras la última reforma del Código Penal”, *Cuadernos de Política Criminal*, 105 (2011), pp. 117-158.

-Nistal, J., “El cumplimiento de las medidas de seguridad privativas de libertad. Problemática que genera la regulación normativa al respecto”, *La Ley* 2012-2, pp. 1.486-1.494.

-Ortega-Monasterio, L., “Semiología y aspectos médico-legales de los grandes síndromes psicopatológicos”, *Centro de Estudios Judiciales, Psiquiatría forense*. Madrid. Ministerio de Justicia, 1990, pp. 11-34.

-Reinoso, F., *El ser humano desde la neurociencia y la trascendencia*, Real Academia de Medicina, Madrid, 2018.

-Roldán, H., *Historia de la Prisión en España*, Barcelona, PPU, 1988.

-Santos, F., “Personas con discapacidad intelectual o trastorno mental que cumplen condena en centros penitenciarios ordinarios: algunas disquisiciones jurídicas”, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 2015, nº 3, pp. 65-66.

-Sanz, Á. “De nuevo sobre el tratamiento del delincuente habitual peligroso”, *Estudios en homenaje al Prof. Alfonso Serrano Gómez*, Madrid, Dyckinson, pp. 1.085-1.101.

-Soria, M.Á., *Psicología y práctica jurídica*, Barcelona, Ariel, 1998.

-Stooss, C., “Strafe und sichernde Massnahme”, *Revue Pénale Suisse*, 1905, pp. 1-8.

-Ucelay, P. *Enfermos mentales en prisión: riesgos, ¿2015?* Documento en internet.