

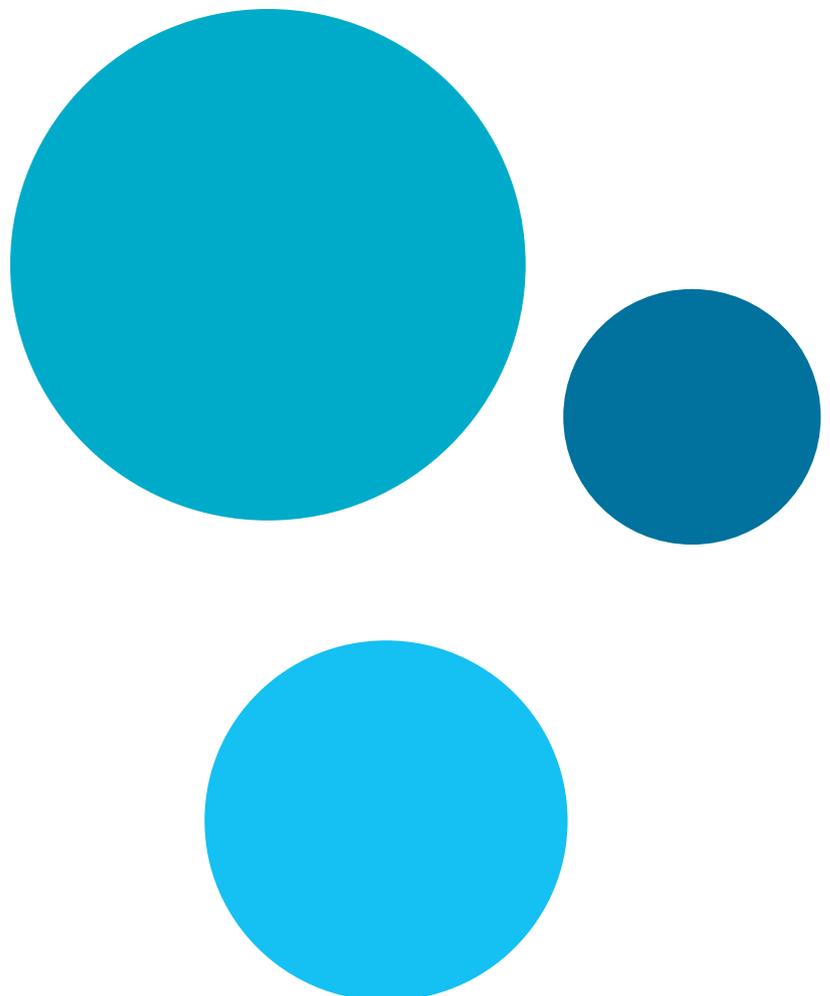
el Justicia de **Aragón**

INFORME  
ESPECIAL 2010

# **NECESIDADES ASISTENCIALES DE LA POBLACIÓN CON ALTO RIESGO DE DELINCUENCIA EN ARAGÓN. PROBLEMAS Y ALTERNATIVAS EN EL CUMPLIMIENTO PENITENCIARIO: ASPECTOS JUDICIALES, FORENSES Y SANITARIOS**

José María Civeira Murillo, *Doctor en Psiquiatría*, Ángel Dolado Pérez, *Magistrado Decano de Zaragoza* y Paulino Querol Nasarre, *Médico Forense del Instituto de Medicina Legal de Aragón*

**Coordinación: El Justicia de Aragón**



## **PRESENTACIÓN**

La preocupación de esta Institución por la reinserción laboral y social de la población reclusa en Aragón y por la prevención del delito y la evitación de la reincidencia ha impulsado la propuesta de la elaboración de un Informe Especial sobre las necesidades asistenciales, médicas, sociales, laborales y otras del colectivo preso, tanto en el ámbito de la prevención como en el ámbito de la reincorporación a la sociedad en libertad.

La privación de libertad en los Centros Penitenciarios resulta, en muchos supuestos, una medida legal y necesaria; pero debe ser el último de los recursos posibles y, en todo caso, debe servir para algo más que para aislar de la sociedad a determinadas personas que potencialmente pueden volver a cometer delitos, esto es, para proteger a las víctimas y, también, para cumplir el mandato constitucional de rehabilitar, reinsertar y reeducar a las personas que están cumpliendo una condena, facilitando su reincorporación a la vida en libertad.

El crecimiento y la heterogeneidad de las personas que se encuentran cumpliendo penas de privación de libertad, ponen de manifiesto la necesidad de individualizar al máximo las medidas penitenciarias y aquéllas que se podrían adoptar antes y después del ingreso en prisión, incidiendo, así, especialmente, en el ámbito preventivo y en el proceso de reinserción tras el cumplimiento de la pena, para evitar el círculo reiterado de delitos y de entradas y salidas de la cárcel.

En los países de nuestro entorno ya se están desarrollando diferentes alternativas a la privación de libertad, llevándose a cabo estudios sobre el seguimiento de poblaciones de riesgo con el fin de reducir la necesidad de ingreso en prisión, apoyando a personas con riesgo de cometer delitos.

Especial atención merecen aquellas personas que han incurrido en una conducta delictual y padecen una enfermedad mental crónica, que, en otro tiempo eran internadas en Centros Sanitarios de larga estancia y que ahora son transeúntes y un foco de conflictos para un medio familiar y social con una limitada capacidad de soporte; en muchos de estos casos el Centro Penitenciario es para estas personas un centro de salud mental.

En el ámbito de los delitos ligados al consumo de drogas, el cumplimiento en Centros de Tratamiento y Deshabitación es una demanda cada vez más creciente.

Además, el desamparo que algunas personas viven tras un largo período de privación de libertad es un problema social que hay que afrontar y al que hay que ofrecer soluciones.

Una primera aproximación a la problemática existente nos ha permitido discernir la existencia de subpoblaciones con un especial potencial rehabilitador:

1.- Personas que han cometido delitos ligados al tráfico y consumo de drogas en poblaciones socialmente aisladas, que no tienen acceso real a los programas de prevención y tratamiento de las enfermedades por abuso de sustancias.

2.- Personas que han pasado una infancia y un posterior desarrollo psicosocial adverso, que, en sus primeros años han participado en programas institucionales y de corrección sin haber logrado una recuperación, y con la concurrencia de un alto factor de riesgo para delinquir.

3.- Emigrantes que carecen de apoyo social, que en los momentos de crisis, pueden llegar al conflicto por esa falta de apoyo.

4.- Enfermos de alcoholismo crónico que cometen reiteradamente delitos contra la seguridad del tráfico.

5.- Enfermos con padecimientos psicológicos, que presentan problemas familiares y con riesgo de violencia en el seno familiar.

6.- Enfermos psicóticos crónicos sin conciencia de enfermedad, que van perdiendo de forma progresiva apoyo y soporte familiar.

7.- Penados con un alto nivel de motivación expresado de forma fehaciente en el cumplimiento de las primeras fases del tratamiento penitenciario.

8.- Penados sin experiencia social delincuente que ingresan por primera vez en un Centro Penitenciario a cumplir la pena y disponen de una red de apoyo social y familiar extrapenitenciaria.

9.- Personas con minusvalías y deficiencias funcionales que de forma voluntaria quieren colaborar en programas de modificación de conducta.

10.- Enfermos con patología dual que requieran de una especial asistencia sanitaria...

11.- Otros. Podría llegar a valorarse la existencia de otros grupos con importante potencial rehabilitador.

Aragón dispone de tres Centros Penitenciarios con una población próxima a 2.300 reclusos, que acoge a personas de otras Comunidades

Autónomas. Nuestro sistema penitenciario está considerado de alto nivel en el contexto europeo y sus servicios están en continua actualización, dentro de un modelo nacional.

Dentro del marco competencial autonómico, este Informe ha pretendido estudiar las medidas y propuestas que, no hallándose incluidas en el marco penitenciario de competencia estatal, puedan ser adoptadas por los poderes públicos aragoneses para impulsar, favorecer, facilitar y promover la reinserción de la población reclusa en nuestra Comunidad Autónoma, actuando, tanto en la prevención como en el momento de la reincorporación de la persona reclusa a la sociedad que vive en libertad.

Confiamos en que este estudio contribuya a promover y mejorar la reinserción laboral y social de la población reclusa en Aragón y a prevenir con mayor eficacia la comisión del delito y la evitación de la reincidencia.

Debemos, por último, expresar nuestro agradecimiento a D. José María Civeira Murillo, Doctor en Psiquiatría, a D. Ángel Dolado Pérez, Magistrado Decano de Zaragoza y a D. Paulino Querol Nasarre, Médico Forense del Instituto de Medicina Legal de Aragón por el intenso trabajo llevado a cabo en la elaboración de este Informe.

FERNANDO GARCÍA VICENTE  
JUSTICIA DE ARAGÓN



# ÍNDICE

<b>CAPÍTULO 1. GENERALIDADES .....</b>	<b>7</b>
1.1. INTRODUCCIÓN.....	7
1.2. POBLACIÓN RECLUSA EN ARAGÓN.....	7
1.3. RIESGO PARA DELINQUIR .....	8
1.4. NECESIDADES ASISTENCIALES .....	8
1.5. PROBLEMAS EN EL CUMPLIMIENTO PENITENCIARIO.....	9
1.6. ALTERNATIVAS A LA PRIVACIÓN DE LIBERTAD.....	9
1.7. PROPUESTAS DEL JUSTICIA DE ARAGÓN .....	10
1.8. DISEÑO DEL ESTUDIO.....	13
1.9. MATERIAL Y MÉTODO .....	15
1.10. ANÁLISIS GENERAL PUNTOS TEÓRICOS DE PARTIDA .....	15
1.11. PROBLEMAS EN CONFLICTO .....	19
1.12. EJECUCIÓN PENAL .....	20
1.13. MAGNITUD DEL PROBLEMA EN EUROPA .....	21
1.14. OTROS PAÍSES.....	23
1.15. CONDICIONES DE ENCARCELAMIENTO .....	24
1.16. EL PAPEL DE LA VÍCTIMA .....	27
1.17. ALTERNATIVAS AL INGRESO EN PRISIÓN .....	27
1.18. NECESIDADES DE LA POBLACIÓN RECLUSA.....	28
1.19. JUZGADOS ESPECIALIZADOS EN DELITOS RELACIONADOS CON LAS DROGAS .....	30
1.20. INSTITUCIONES MEDICO-FORENSES .....	32
1.21. RECURSOS TERAPÉUTICOS Y DISMINUCIÓN DEL DELITO.....	34
1.22. PROPUESTAS CONCRETAS PARA LA RESOCIALIZACIÓN .....	35
<b>CAPÍTULO 2. PROPUESTAS GENERALES DEL GRUPO DE ESTUDIO ...</b>	<b>37</b>
2.1. PREVENCIÓN DEL DELITO.....	37
2.2. DISMINUCIÓN DE LA DURACIÓN Y COSTE DEL PROCESO JUDICIAL .....	38
2.3. MEDIDAS ALTERNATIVAS A LA PRISIÓN.....	39
2.4. AUMENTO DE RECURSOS PARA INTERNOS EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS DE ARAGÓN .....	41
2.5. MEDIDAS PARA ENFERMOS CRÓNICOS.....	44
2.6. MEDIDAS EN EL AÑO PREVIO A LA EXCARCELACIÓN.....	45
<b>CAPÍTULO 3. RESUMEN DE DATOS.....</b>	<b>46</b>
3.1. SUJETOS DE RIESGO.....	46
3.2. POBLACIÓN PENITENCIARIA.....	50
3.3. LA SALIDA DE PRISIÓN. PROCESOS DE CAMBIO.....	55
<b>CAPÍTULO 4. REINSERCIÓN Y ALTERNATIVAS AL INGRESO EN PRISIÓN EN ARAGÓN. VISIÓN JUDICIAL .....</b>	<b>60</b>
4.1. INTRODUCCIÓN.....	60
4.2. TIPO 1. CONDENADOS PRIMARIOS O NOVELES.....	61
4.3. TIPO 2. CONDENADOS NO HABITUALES PERO REINCIDENTES .....	65
4.4. TIPO 3.- CONDENADOS HABITUALES CON VARIOS INGRESOS PENITENCIARIOS. ....	68

4.5.	SUPUESTOS DE TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO DE PERSONAS CON PROBLEMAS PSÍQUICOS SIN INCAPACITACIÓN JUDICIAL. ....	69
4.6.	TRATAMIENTO AMBULATORIO ASISTIDO, MÉTODO PARA PREVENIR DELITOS DE ENFERMOS MENTALES. EXPERIENCIA EN ESTADOS UNIDOS. ....	72
4.7.	NUEVA REDEFINICIÓN COMPETENCIAL DE LOS JUZGADOS CIVILES DE INCAPACIDADES O DE SALUD MENTAL. ....	73
4.8.	TIPO 4.- LOS CONDENADOS Y SU SALIDA DE PRISIÓN. ....	75
<b>CAPÍTULO 5. LA VISIÓN DEL MEDICO FORENSE.....</b>		<b>78</b>
5.1.	ESTUDIO RETROSPECTIVO.....	79
5.2.	ESTUDIO PROSPECTIVO.....	81
5.3.	CONSIDERACIONES.....	89
5.4.	CONCLUSIONES.....	92
<b>CAPÍTULO 6.- NECESIDADES DE ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA EN EL MEDIO PENITENCIARIO EN ARAGÓN.....</b>		<b>94</b>
6.1.	ASPECTOS MEDICO-PSIQUIÁTRICOS EN LA DISMINUCIÓN DEL DELITO.....	96
6.2.	CEREBRO E INFERENCIAS RELACIONALES CON EL DELITO.....	98
6.3.	PRISIÓN Y CEREBRO.....	100
6.4.	FUNCIONALIDAD Y RECUPERACIÓN:.....	103
6.5.	INTERROGANTES A ESTUDIAR.....	105
6.6.	MATERIAL Y MÉTODOS DEL ESTUDIO.....	106
6.7.	RESULTADOS.....	108
6.8.	ITINERARIOS MEDICO PENITENCIARIOS.....	112
6.9.	VISIÓN RESUMEN DE LOS DATOS.....	115
6.10.	INFLUENCIA DE SER DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD MENTAL EN LA HISTORIA PENITENCIARIA.....	116
6.11.	RESPUESTA A LOS INTERROGANTES INICIALES.....	118
6.12.	PROPUESTA DE PRIORIDADES.....	119
6.13.	ESTIMACIÓN DE LA IMPORTANCIA DE FACTORES PSICOPATOLÓGICOS EN LA POBLACIÓN RECLUSA ANALIZADA.....	122
6.14.	SERVICIOS NECESARIOS NO DISPONIBLES EN ARAGÓN.....	124
<b>CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES GENERALES.....</b>		<b>126</b>
7.1.	PREVENCIÓN DEL DELITO.....	126
7.2.	DISMINUCIÓN DE LA DURACIÓN Y COSTE DEL PROCESO JUDICIAL.....	127
7.3.	MEDIDAS ALTERNATIVAS AL CUMPLIMIENTO PENITENCIARIO.....	127
7.4.	AUMENTO DE RECURSOS PARA INTERNOS EN CENTROS PENITENCIARIOS.....	128
7.5.	MEDIDAS PARA ENFERMOS PSIQUIÁTRICOS CRÓNICOS.....	128
7.6.	MEDIDAS EN LOS AÑOS PREVIOS A LA EXCARCELACIÓN.....	129
<b>CAPÍTULO 8. BIBLIOGRAFÍA.....</b>		<b>130</b>
<b>SUGERENCIAS.....</b>		<b>133</b>

# **CAPÍTULO 1. GENERALIDADES**

## **1.1. INTRODUCCIÓN**

El XII Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Justicia Penal celebrado en Salvador (Brasil), del 12 al 19 de abril de 2010 propone la prevención de situaciones propicias al delito para reducir las oportunidades y los incentivos para delinquir, maximizando el riesgo de ser aprehendido y reduciendo al mínimo los beneficios del delito. Estudiar en cada grupo social qué grupos humanos están híper representados en la población que delinque es el punto de partida para intervenir.

## **1.2. POBLACIÓN RECLUSA EN ARAGÓN**

Los últimos datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística, referidos a 2008 para Aragón reflejan 2557 internos en centros penitenciarios, de los cuales 141 son mujeres y 329 están en situación de preventivos. El 64% de ellos tienen la nacionalidad española. En febrero de 2010 según Instituciones Penitenciarias la cifra ha subido a 2603 internos.

En el año 2008 se dictaron condenas a 5271 sujetos, de las que 444 fueron a mujeres. El 36% del total correspondieron a varones entre 20 y 30 años de edad, y el 29,6% entre 31 y 40 años.

De los condenados en Aragón nacidos fuera de España, el 35,2% tienen nacionalidad de países de la Unión Europea, el 34% proceden de América y el 25.4% tienen nacionalidad de países africanos.

El 83% del total tuvieron una sola condena, un 12,5% tuvieron dos condenas; 243 personas tuvieron tres o más condenas durante el año analizado.

Hay diferencias significativas en los datos publicados en el tipo de delito entre españoles y extranjeros: Lesiones (17,6% extranjeros y 14,5% españoles); delitos contra el patrimonio (18,6% frente a 19,6%); contra la seguridad colectiva, 40% frente a 43% de la muestra; contra la Administración de Justicia 6,8 % frente a 5,6% y contra el orden público 6,8% frente a 5,7 %.

La pena de prisión en Aragón según los datos del INE fue de un 19% de los condenados. Perdieron otros derechos el 55% del total, se suprimió el permiso de conducir al 15%. Se dictaron órdenes de alejamiento de víctimas al 6% y multas al 25% del total.

En los últimos 10 años en España la tasa de criminalidad es menor de 50 infracciones penales por cada 1000 habitantes. La mitad de ellas son faltas. Lo más frecuente son los robos (50%), las sustracciones de vehículos (15%) y los hurtos (10%). Los delitos contra las personas son maltrato familiar (6,5%),

lesiones (1,5%) e intentos de homicidio (0,1%). Entre las faltas, el 80% son hurtos y daños y el 20 % se distribuye entre lesiones y amenazas. La tendencia es a una reducción de los delitos, con aumento de las infracciones relacionadas con el tráfico de vehículos, la violencia doméstica y el uso de tecnologías. La tasa global de Aragón es un 30% menor que la media nacional, con la misma distribución en tipos de delitos.

### **1.3. RIESGO PARA DELINQUIR**

Desde la antropología social y el análisis de conducta de los grupos humanos, cabe pensar que el 50% de los delitos podrían ser evitados. De hecho cada colectividad cambia en la tolerancia y en la potenciación de distintos tipos de delito. El desarrollo económico cambia los actores de los delitos contra la propiedad, la urbanización desplaza las agresiones a barrios concretos y los “delitos de cuello blanco” aumentan en temporadas de crisis y conflicto social. Poder conocer factores sobre los que intervenir, para modificarlos y evitar el delito es hoy posible. El modelo médico será una referencia en nuestro análisis. Es más humano, más científico, más inteligente y más barato, cortar las enfermedades en sus primeros estadios. Hoy sabemos que la violencia y el delito surgen de la desinformación, del aislamiento, de la incapacidad de autonomía personal, y del estrés y la tensión en las relaciones humanas. Pretendemos estudiar en Aragón propuestas de intervención eficaz sobre personas concretas y sobre colectivos humanos, en las fases precoces de la cadena que termina en la delincuencia y en la que la cárcel no es el final sino un eslabón transitorio.

### **1.4. NECESIDADES ASISTENCIALES**

Desde esta introducción adelantamos el concepto de “itinerario biográfico de la delincuencia” para discutir un modelo preventivo, que aumente la resistencia del individuo frente a la transgresión de la norma, mejore la respuesta de su medio habitual de convivencia y disponga de medios eficaces y eficientes de reparar a las víctimas y conseguir que el delincuente no reincida.

Estudiaremos medidas de información y cambio de actitudes de la población; Propuestas de opinión y debate sobre la seguridad ciudadana, la corresponsabilidad en la vida social, en lo económico, en el uso del transporte, en el acceso a servicios públicos y, principalmente, en la solución de problemas.

El apoyo a la familia es la base del aprendizaje para la convivencia y la radicación del sujeto en un medio cohesionado. Es la familia la que puede ayudar a desarrollar su individualidad y su proyecto personal y colectivo.

La formación en valores, el trabajo y el esfuerzo, el respeto a los demás, el trabajo en grupo, la búsqueda de armonía en las relaciones sociales, el deporte, la mediación y la actualización de los instrumentos del Estado frente al

delito, serán analizados en una continuidad complementaria al servicio de una mejora de la calidad de vida.

El funcionamiento de las fuerzas y cuerpos de seguridad, la dotación de medios en la administración de justicia, los instrumentos para atender a las víctimas y reparar la culpa que produce el delito, tienen que ser analizados conjuntamente con el equipamiento para el cumplimiento de las penas. La Declaración de Derechos Humanos es una guía necesaria pero insuficiente. La profesionalización de todas estas acciones, la aplicación correcta de recursos y principalmente la evaluación continuada de resultados son obligaciones del momento histórico que nos toca vivir.

### **1.5. PROBLEMAS EN EL CUMPLIMIENTO PENITENCIARIO**

El crecimiento y la heterogeneidad de personas cumpliendo penas de privación de libertad ponen de manifiesto la necesidad de individualizar al máximo las medidas penitenciarias y reflexionar periódicamente sobre los procesos tanto delictivos como personales y su interacción con el contexto social de referencia. La masificación de los centros penitenciarios, la diversidad de razas, culturas y formas de convivencia, la presencia de enfermedades como el abuso de sustancias, los contagios de enfermedades infecciosas, y el replanteamiento de los objetivos penitenciarios de cada comunidad humana, ayudan a profundizar y progresar en los mecanismos de “curación” del delito, o lo que es lo mismo, las nuevas formas de tratamiento penitenciario.

### **1.6. ALTERNATIVAS A LA PRIVACIÓN DE LIBERTAD**

Las reglas Tokio de 1990 de Naciones Unidas, describen la importancia de responder a los mecanismos que subyacen en el delito y lo multiplican en la sociedad. Este informe describe alternativas a la prisión que se han demostrado útiles, colaborando con entidades no gubernamentales en países de todos los continentes dirigidas a mantener la paz social, controlar al delincuente durante la pena, reparar el daño causado y evitar su repetición.

- Los datos básicos para diseñar estas alternativas son: Análisis de las estadísticas penales locales. ¿Existen grupos humanos y sociales híper representados en prisión? ¿Es la pobreza, la droga, la marginalidad o la emigración un factor importante?

Siguiendo las Recomendaciones del Consejo de Europa pretendemos analizar y describir los perfiles de las personas que son detenidas y llevadas a juicio en Aragón, frente a las personas que entran en prisión, y dentro de ellas, en función del número de años de condena.

## 1.7. PROPUESTAS DEL JUSTICIA DE ARAGÓN

Queremos realizar propuestas sobre:

1. Problemas en la reinserción de las personas que han cumplido penas de privación de libertad, estudio de medios necesarios y necesidades a cubrir.
2. Papel de las Administraciones Públicas y los agentes sociales.

De los planteamientos posibles, escogimos analizar el problema desde distintos observatorios con importancia en el proceso:

- A) Recoger información de las instituciones y los grupos sociales que trabajan en este campo nos daría una visión de la realidad y unas líneas de expectativas y proyectos.
- B) La visión Judicial, va mas allá de la aplicación de la ley y se extiende a la comprensión del delito en la sociedad desde la perspectiva de la toma de decisiones y de la administración de los recursos escasos que la sociedad pone a disposición en la reparación del daño causado por el delito.
- C) La Medicina cada vez levanta la voz con más autoridad por los datos epidemiológicos que asocian pobreza, enfermedad, delito, marginalidad y delincuencia. De ahí que una visión forense y desde la especialidad psiquiátrica podrían dar luz al fenómeno creciente de penas decretadas a personas que cumplen criterios de enfermedad encuadrables en la clasificación de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud y que relacionamos directa e indirectamente con la comisión del delito.
- D) Visión del equipo de trabajo del Justicia de Aragón, desde su función específica.
- E) Síntesis y discusión de los círculos concéntricos e intersecciones que las distintas visiones del problema plantean a los integrantes del trabajo con el objeto de encontrar un consenso de prioridades aplicado a nuestra comunidad autónoma.

En los estadios iniciales nos planteamos la necesidad de prevenir los delitos, de introducir más recursos terapéuticos en el proceso penitenciario, especialmente sanitarios, implicando al Servicio Regional de Salud, en prestaciones necesarias, en dotar de un mejor sistema de asistencia a las clínicas medico forenses, en la detección de problemas médicos no tratados que se asocian con la comisión del delito y en aumentar los recursos de los jueces para enriquecer las posibilidades de decisión en los juicios penales.

El estudio de publicaciones en los últimos cuarenta años, en la Unión Europea y en los países occidentales, destaca que son las respuestas concretas a grupos poblacionales concretos, las que logran cambiar el sistema. Miles de experiencias parciales y locales han mostrado un amplio abanico de mejoría, pero difícilmente serán generalizables. Teníamos pues que aterrizar y pasar a un nivel más local y real de las necesidades de los sujetos que diariamente se enfrentan al círculo de la libertad-trasgresión-condena-cumplimiento-reinserción en Aragón. Como es lógico, y se reflejará en las conclusiones, el proceso de

estudio nos llevó a un apasionante itinerario centrado en las alternativas a la prisión como forma eficaz y moderna de cumplimiento de condenas en el siglo XXI.

El año 2009 se publicó el informe de Cáritas sobre la realidad penitenciaria de la Comunidad Autónoma de Aragón que incide en reflexiones sobre una muestra de 396 internos para “hacer una reflexión sobre las causas sociales y estructurales que marginan y criminalizan”.

Entre las distintas propuestas posibles nos ceñimos a los objetivos siguientes:

1. Conocer datos de la población que pasa por el Juzgado de guardia, separando la primera detención de los reincidentes.
2. Analizar distintos grupos de reincidentes para conocer los mecanismos a través de los cuales se tiene éxito y fracaso en las distintas medidas penales. Estudiar sujetos antes de cometer delitos graves, como puedan ser transgresiones en menores, o ingresos involuntarios en hospitales para tratamiento psiquiátrico de personas sin conciencia de enfermedad que no son capaces de mantener la convivencia habitual. En estos grupos podremos analizar cómo algunos pacientes se sensibilizan y adaptan al sistema y al conocerlo consiguen efectos contraproducentes, y se muestran con anticuerpos reales ante lo que inicialmente fue una alternativa de eficacia terapéutica. Este mismo proceso a pequeña escala nos servirá para realizar analogías con los delincuentes reincidentes sin enfermedad.
3. Estudiar mecanismos beneficiosos del cumplimiento de penas en los centros de nuestra comunidad y mantenimiento de los mismos especialmente los relacionados con mejoras de la reinserción.
4. Discutir casos concretos a modo de sesión clínica multiprofesional, en la que los criterios legales, administrativos, normativos, y el análisis de los medios utilizados por las distintas Administraciones Públicas fueran analizados para intentar encontrar puntos de síntesis y de generalización de recomendaciones.
5. Conocidas las derivaciones utópicas publicadas en este campo y las diferencias de lectura de datos sobre la realidad penitenciaria, proponer un Marco de prioridades y un orden de actuación para las autoridades.

PRESENTAREMOS los datos en función del itinerario penal.

- A) Sujetos de riesgo.
- B) Período de detención y preparación del juicio.
- C) Condena y su cumplimiento.
- D) Finalización de las medidas judiciales y redención de la pena.
- E) Reintegración social e inmunización para nuevos delitos.

En nuestro análisis utilizaremos como referencias claves:

1. Familia. Hoy en día existe una conciencia más viva de la libertad personal y una mayor atención a la calidad de las relaciones

interpersonales en el matrimonio, a la promoción de la dignidad de la mujer, a la procreación responsable, a la educación de los hijos; se tiene además conciencia de la necesidad de desarrollar relaciones entre las familias, en orden a una ayuda recíproca y a su responsabilidad en la construcción de una sociedad más justa. Por otra parte hay signos de preocupante degradación de algunos valores fundamentales: una equivocada concepción teórica y práctica de la independencia de los cónyuges entre sí; las graves ambigüedades acerca de la relación de autoridad entre padres e hijos. Los medios de comunicación social y la influencia de la televisión y la sociedad de la información crean en algunas familias confusión e incapacidad de cumplir el fin de sociabilidad que muchas personas necesitan. El mundo del desarraigo, la falta de educación, los problemas de convivencia, y, finalmente, el delito, crecen cuando se rompe la cohesión de las familias. Para algunos autores modernos la historia reciente de la institución familiar no es simplemente un progreso necesario hacia lo mejor, sino más bien un acontecimiento de libertad, más aún, un combate entre libertades que se oponen entre sí. Todavía hoy en gran parte de nuestra sociedad permanecen muchas formas de discriminación humillante que afectan y ofenden gravemente a algunos grupos particulares de mujeres. La acogida, el amor, la estima, el servicio múltiple y unitario -material, afectivo, educativo, espiritual- a cada niño que viene a este mundo es un derecho pero también una inversión social en ciudadanos autónomos y libres. La Declaración Universal de Derechos Humanos recuerda que la familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado. Los estudios científicos en las ciencias de la conducta verifican cada vez más que las personas que se educan en familias estables y cohesionadas tiene mayor resistencia frente a los problemas y mayor éxito en los distintos ciclos de la vida.

2. Continuidad de cuidados. Al menos el 75% de las personas inmersas en procesos judiciales, previamente han utilizado otros servicios públicos, que podrían haber minimizado la probabilidad del delito. Por un lado los problemas en la escuela con adolescentes conflictivos, las intervenciones de servicios sociales en situaciones de pobreza, y marginalidad, la intervención policial en faltas o en situaciones de alarma y riesgo, y finalmente los servicios médicos de atención primaria junto a los servicios de urgencia médica que cada vez más son un observatorio privilegiado y un trampolín de intervención preventiva en personas con todo tipo de conflicto. Muchas personas que son juzgadas han recibido asistencia, médica o social, directa o indirectamente relacionada con el tipo de delito cometido. En estos casos podría considerarse, la continuidad de asistencia, médica y social, como medida judicial, eficaz, barata y más antropológica. Por ejemplo en problemas de drogas, de incapacidad de convivencia, de equivocaciones en el enfrentamiento de conflictos, de impulsividad, de conductas temerarias, etc.
3. Colaboración, complementación y trabajo en equipo de los distintos recursos de la sociedad, limitando duplicidades, enfrentamientos y desconocimiento de tareas que se ofrecen a este grupo de la población.

En las reuniones iniciales, las propuestas teóricas pensábamos que podían ir dirigidas hacia la implementación de ayudas para actividades en los meses siguientes a la salida de prisión, movilizar recursos familiares y abrir puertas en las prestaciones sanitarias y laborales ya existentes que pudiesen ser utilizadas por los internos en Instituciones Penitenciarias; sin embargo, a lo largo del proceso de análisis hemos concluido que son más eficaces las medidas en las fases iniciales. Tienen mayor valor rehabilitador y eficacia real. Porque dan fuerza al sujeto y a su entorno para sacar provecho de todas las herramientas del proceso penal y garantizan un mínimo de secuelas en un medio mayoritariamente hostil como es el del cumplimiento. La actitud y el trabajo de adaptación y afrontamiento del sujeto y la familia empiezan con información pero, fundamentalmente, con voluntad de solucionar los problemas. En un segundo nivel se sitúa la decisión de medidas concretas y finalmente la evaluación periódica de los resultados y la confirmación de un proceso ascendente de logros individuales, lo que da sentido a un sistema de privación de libertad en una sociedad moderna como la aragonesa.

## **1.8. DISEÑO DEL ESTUDIO**

A lo largo de tres meses revisamos los trabajos publicados sobre el tema, discutiendo las implicaciones jurídicas, forenses y psiquiátricas, para elaborar una lista de indicadores en Aragón que nos permita definir los problemas y las soluciones a proponer.

Si somos capaces de poner en marcha los recursos sanos de cada sujeto, podremos plantear disminuir la tendencia al delito, informarle sobre el daño causado a la víctima, las alternativas para conseguir sus objetivos y las consecuencias de sus decisiones, presentes y futuras.

VARIABLES ESPECÍFICAS QUE REQUIEREN ESPECIAL MENCIÓN:

**ADVERSIDAD PSICOSOCIAL.** Es una de las llamadas de atención que el informe de Caritas de 2009, nos plantea. Para definirla y concretarla de forma operativa nosotros la hemos estudiado a través de varios indicadores. La convivencia con los progenitores en los doce primeros años de la vida, estancias en Instituciones de menores, convivencia con adultos enfermos y padecimiento de enfermedades que cursen con minusvalías o discapacidades.

**SUBCULTURA DELINCUENTE.** Se refiere especialmente al caso de personas que tienen varios miembros de la familia de primer y segundo grado con antecedentes penales. En presos con reincidencia queremos analizar si existen antecedentes familiares y/o asociaciones en su desarrollo infantil y adolescente con personas que cometen delitos y si, lamentablemente, el ingreso en prisión es un eslabón más en el que encuentran en el medio penitenciario un contexto conocido e ineficaz para provocar cambios rehabilitadores.

**SUBCULTURA LIGADA AL USO DE SUBSTANCIAS PSICOACTIVAS.** Se ha descrito como inicio del camino y como compañero de viaje en al menos la

mitad de las personas que cumplen penas de prisión. La mitad de ellos utilizan las drogas como un elemento más del hecho delictivo en una sociedad en la que la satisfacción química es un valor socialmente aceptado por grandes grupos de la población. Dentro de estos grupos la aparición del delito tendrá el altavoz de las drogas hasta concretarse en una trasgresión concreta. El otro 50% de consumidores los consideramos enfermos, bien con trastornos duales, esto es con dos enfermedades mentales, una específica y la otra asociada a un consumo abusivo de alguna sustancia psicoactivas, que no puede controlar y que es susceptible de tratamiento o bien son personas esencialmente dependientes que todavía no están mentalmente afectadas en otros campos y que son candidatas a programas de deshabitación. En conjunto sólo un 10% de todos los usuarios muestran alguna actitud positiva para la deshabitación y el momento en el que ésta aparece es inversamente proporcional al tiempo de estancia en prisión, por lo que el factor oportunidad a la hora de ofrecer tratamiento será de gran valor terapéutico.

**DÉFICIT Y MINUSVALÍAS EN ENFERMEDADES CRÓNICAS**, especialmente mentales. Los datos epidemiológicos en el mundo occidental son muy contundentes. Entre un 10 % y un 20% del total de personas cumpliendo condenas lo son por una enfermedad psiquiátrica que no está bien tratada o que no responde al tratamiento. Aceptando que este proceso es imparable, la implementación de recursos asistenciales sanitarios en las prisiones, debe ir acompañada de un estudio de las causas y de los mecanismos sobre los que podemos intervenir para minimizar el coste personal y social del cumplimiento de estas condenas que desde el punto de vista sanitario no son aconsejables, pero que desde el punto de vista histórico es difícil pensar que van a poder ser modificadas. Históricamente en el siglo XIX se vivió un fenómeno similar con los retrasos mentales y las situaciones de abuso y maltrato y en este momento el abordaje social de centros ocupacionales, apoyo a las familias y prevención de trastornos de conducta ha cambiado radicalmente disminuyendo las condenas en estas personas. Al igual que en el medio educativo los alumnos con necesidades educativas especiales ya no proceden del campo del retraso mental, sino de las alteraciones emocionales y conductuales, en el ámbito penitenciario, la falta de control de conducta por el sujeto y la pérdida de criterio de realidad en enfermedades psicóticas será el campo mayoritario de las minusvalías.

**NUEVAS FORMAS DE DELINCUENCIA.** Los delitos de tráfico, la violencia doméstica, los acosos cibernéticos, todo lo relacionado con la convivencia, la tecnología y la economía, las migraciones, etc. son temas que requieren respuestas específicas por su complejidad.

En primer lugar haremos una descripción general y sintética, de la literatura y de los datos recogidos en este estudio que nos permita esbozar unas conclusiones provisionales, que posteriormente elaboraremos desde el punto de vista judicial, forense y psiquiátrico especializado.

## **1.9. MATERIAL Y MÉTODO**

Hemos analizado cinco muestras de sujetos en los distintos momentos del proceso penal, utilizando un instrumento de entrevista estructurado que incluye 32 variables, de entre las que destacamos las siguientes agrupaciones:

1. Tipo de delito, duración de la condena y reincidencia.
2. Adaptación a la condena, con medidas sobre actitud/adaptación, duración ya cumplida y nivel de conflictividad.
3. Datos biográficos, de riesgo.
4. Existencia de patología ligada al abuso de sustancias.
5. Datos psicosociales del sujeto.
6. Información específica de cada muestra.

Durante seis meses se han recogido los datos, bien de forma retrospectiva, estudiando el material archivado en los expedientes individuales, bien de forma prospectiva concurrente por los distintos componentes del estudio.

Finalmente presentaremos una lectura en síntesis de lo más significativo para formular conclusiones comunes.

## **1.10. ANÁLISIS GENERAL PUNTOS TEÓRICOS DE PARTIDA**

Se han hecho muchos progresos, tratando de adecuar el sistema penal tanto a la dignidad de la persona humana como a la garantía efectiva del mantenimiento del orden público. Pero los inconvenientes y las dificultades vividas en el complejo mundo de la justicia y, más aún, el sufrimiento que hay en las cárceles, manifiestan que todavía queda mucho por hacer. Estamos lejos aún del momento en que nuestra conciencia pueda permanecer tranquila de haber hecho todo lo posible para prevenir la delincuencia y reprimirla eficazmente, de modo que no siga perjudicando y, al mismo tiempo, ofrecer a quien delinque un camino de rehabilitación y de reinserción positiva en la sociedad.

En 2007 el Consejo de Europa resume todos los documentos recientes, desde el Tratado de 1967, con recomendaciones, reglas, y defensa de los derechos humanos en el ámbito del cumplimiento de penas dentro de Europa.

El camino para conciliar la aplicación de sanciones, los tratamientos específicos de los infractores, su reintegración a la sociedad, la protección de las víctimas y de la sociedad parece un puzzle imposible dentro de las múltiples características de los 27 países de la Unión, pero el camino recorrido es largo y los esfuerzos ya iniciados muy valiosos.

Se han publicado criterios generales y específicos sobre tratamiento de los detenidos, organización de las prisiones y forma de ejecutar las sanciones. Junto a los criterios de referencia europeos en cada ámbito se han desarrollado recomendaciones concretas, y sobre el sistema sanitario dentro de las

prisiones, el apoyo educativo, la necesidad de actividad productiva, con estudios concretos dirigidos a jueces, gobernantes, profesionales de las prisiones y a todos los ciudadanos.

En los múltiples documentos existen varias líneas comunes en recomendaciones, resoluciones, y reglas que han logrado incorporar a un número creciente de países que piensan que el cumplimiento de las normas y de las sanciones es un reto en la sociedad moderna que profundiza y aspira a conocer los derechos humanos.

Posiblemente el texto de Foucault "Disciplina y castigo, el nacimiento de las prisiones" es el texto más citado en este campo; define a la sociedad como disciplinaria en la medida en que lo económico, lo social, lo político y lo científico se organizan para el mantenimiento de las estructuras de poder. Éstas deben ser eficientes, esto es, reales, con el mínimo coste y de tal intensidad que deben llegar a todos los lugares de la sociedad creando docilidad y utilidad para cada uno de sus miembros. A finales del siglo XVIII se produce una expansión demográfica y un aumento de la emigración. La disciplina ha sido interpretada como un mecanismo anti-nómada, como método de impulsar la sociedad industrial altamente productiva y normativa. Ni el sistema feudal, ni la monarquía, ni los gremios podían responder a las necesidades del momento. El cobro de impuestos, el mantenimiento del orden, y el cumplimiento de las normas del poder deben hacerse sin interrumpir el proceso productivo, esto es, deben contribuir al progreso de esta sociedad industrial, extensa y controlable en su heterogeneidad. La disciplina consigue controlar cambios, movimientos humanos, limita la confusión y hace posible la vida de los países occidentales tal y como hoy la conocemos. Se basa en particiones y verticalidad en el ejercicio del poder, haciendo difícil que aparezcan contrapoderes y consolida la separación de distintos grupos humanos en estratos sociales rígidos. La carísima tecnología de mantener el poder por la violencia de los ejércitos, se sustituye por las sofisticadas maneras de proteger los acúmulos de riqueza. Se crean pirámides disciplinadas de poder que garantizan los derechos de aquéllos que formulan las normas y son responsables de la disciplina.

La burguesía se hace con el poder, bajo la máscara de un código de igualdad con un sistema parlamentario, pero con un lado oscuro de normas complejas, en el que el mantenimiento de los derechos individuales es tamizado por la pirámide del poder fáctico, que en la práctica ha venido siendo el económico... El siglo XIX nos presenta una filigrana en la búsqueda de la libertad pero con un asombroso crecimiento de las normas disciplinarias. Las normas, jerarquizan, dividen y distribuyen a los sujetos.

Las prisiones pasan a ser una tecnología correctiva que selectivamente se dirige a delitos concretos, como en el siglo XIX los delitos contra la propiedad.

La acumulación de problemas ligados con abuso de sustancias psicoactivas, las distintas formas de violencia, y el creciente desarrollo de nuevas alternativas a la prisión hace fundamental que cada grupo social revise y analice la realidad penitenciaria como un sano ejercicio de libertad y de respeto

a los derechos humanos. El proceso en su complejidad tiene un único beneficiario que es el grupo social y cada uno de los individuos que lo integran; en la medida en que sepa dar respuesta a los problemas que nos rodean seremos mas personas y ayudaremos a los que nos rodean a progresar en la humanidad.

En el momento actual el sistema penitenciario es muy caro y los costes personales de los sujetos que lo usan no justifican los beneficios que se consiguen por lo que existen múltiples alternativas que queremos analizar y situar en el marco del conocimiento actual sobre el delito, sus mecanismos, y sus formas concretas en la comunidad autónoma de Aragón. En California el coste estimado por plaza en centro penitenciario es de 80 \$/día frente a los 3,5 \$/día de la libertad vigilada. En España el coste por preso y año supera ya los 25.000 euros.

No es posible una sociedad sin problemas, sin conflictos, sin delitos y sin métodos de respuesta a la transgresión de las normas; en las últimas décadas asistimos a un cambio profundo de la definición de estos problemas, en las relaciones humanas y las normas que contextualizan la convivencia. La sociedad como grupo humano organizado a lo largo de la historia organiza métodos de cumplimiento y consecuentemente castigos para las transgresiones. El sistema penitenciario durante 100 años ha jugado un papel controvertido, acompañando a la sociedad postindustrial, enfrentándose a múltiples dilemas y paradojas.

Por un lado hay personas que desde su infancia conocen la delincuencia y sus consecuencias y aprenden a vivir alrededor de ella, sin que sea posible encontrar beneficios de la estancia en prisión. Ingresan en centros penitenciarios muy jóvenes y reingresan en múltiples ocasiones a lo largo de su vida, sin cambiar su actitud frente al delito.

Las epidemias sufridas por el consumo de drogas, plantean el interrogante de si la adicción a tóxicos es una enfermedad que exime o agrava la comisión del delito; esto es especialmente complejo en el caso de los alcoholismos, en lugares como Aragón con zonas de alto consumo habitual de vino.

Un 10% de sujetos cumplen más del 50% de las condenas y la reincidencia nos hace pensar que existen sujetos en los que no conseguimos los objetivos perseguidos de redención de la culpa por el delito y alejamiento de la reiteración de la transgresión. El coste personal, social, familiar, económico y de todo tipo que conllevan los sistemas penitenciarios hace necesario replantear otras formas de enfrentarse a las penas.

Las bandas organizadas, los terroristas y las nuevas formas de delincuencia han puesto de manifiesto que algunos centros penitenciarios pueden ser utilizados como escuelas de adiestramiento, control y afianzamiento de grupos criminales, que llegan a reírse de la sociedad en sus macabros objetivos de destrucción y asesinato.

El robo organizado, las mafias internacionales y la complejidad de los movimientos de personas y mercancías pone de manifiesto que los autores materiales de algunos delitos son sólo la punta del iceberg de grupos más complejos y pirámides de poder e influencia que escapan del sistema penal tal y como lo hemos venido conociendo.

Pobreza, falta de educación, y marginalidad han estado híper representadas en la sociedad penitenciaria del siglo XX y múltiples trabajos han puesto el foco de análisis sobre el predeterminismo penal que la sociedad impone a los grupos desfavorecidos y la necesidad de estudiar otras alternativas.

La emigración masiva de los últimas décadas, la sociedad de la información, las nuevas formas de delinquir, ponen de manifiesto que la privación de libertad ni es la única forma de ayuda a la redención de la pena, ni es eficiente en muchos casos, por lo que se están ensayando múltiples alternativas.

Del largo inventario de casos particulares que cabría plantear, son los enfermos crónicos, en especial los enfermos con deficiencias y minusvalías psíquicas, que cometen delitos relacionados con los síntomas y las alteraciones funcionales de su enfermedad, los que impulsan en nuestra sociedad estudios y propuestas para analizar y revisar los procesos penales y penitenciarios.

¿Cuál es la función de la prisión?

La Cárcel es el “sitio donde se encierra y asegura a los presos”. Su significado según el diccionario de la Real Academia de la Lengua es “Asegurar a una persona privándola de la libertad, y principalmente, ponerla en la cárcel por delito cometido u otra causa”.

En el Título Preliminar de la Ley General Penitenciaria 1/1979, leemos que *“la prisión tienen como fin primordial la reeducación y la reinserción social de los sentenciados a penas y medidas penales privativas de libertad, así como la retención y custodia de detenidos, presos y penados”*.

Las Instituciones Penitenciarias son concebidas en la legislación española por un componente terapéutico: “tienen a su cargo una labor asistencial y de ayuda para internos y liberados”.

La Unión Europea y más en concreto el Consejo de Europa cada vez más se ocupa de las cárceles, de la seguridad y del sistema penal. El derecho penal y el derecho penitenciario en cada uno de los Estados, considerados desde siempre objeto de exclusivo interés nacional, progresivamente están siendo condicionados por las instituciones europeas. Actualmente existe un aparato europeo para los derechos y garantías en las cárceles prolífico, profundo y concreto.

El mundo de la ejecución penal está atravesando una fase de intensas transformaciones, cuantitativas y cualitativas. La población encarcelada europea está aumentando progresivamente así como aquella sometida a una ejecución penal externa. El área del control penal, que engloba también las

formas sofisticadas de vigilancia electrónica, se extiende continuamente. Desde el punto de vista cualitativo hay que subrayar antes que nada la progresiva equiparación en sentido ascendente entre ejecución penal externa y ejecución penal intra-muros, y por lo tanto la modificación del perfil subjetivo de las personas sometidas a ejecución penal, entre las cuales destacan ahora los encarcelados por delitos relacionados con el uso de sustancias estupefacientes así como aquellos provenientes de países extra-comunitarios (dato particularmente relevante en la ejecución penal de menores intra-muros)

Aragón, al igual que el resto de las regiones europeas, vive una transformación social que plantea la modificación de la demanda de control penal de los aparatos de justicia, y una reflexión sobre la crisis de un modelo de reinserción basado en los standards de la desventaja social. De ello deriva una consecuente necesidad de estudiar en concreto en nuestra región: "lo que es útil para conseguir la finalidad de la pena. La seguridad del ciudadano, la disminución del delito y la reinserción del delincuente". Esto requiere dar una respuesta en el plano preventivo y un esfuerzo de creatividad social.

En los últimos 30 años múltiples documentos y estudios pretenden dar respuesta al hecho del aumento de delitos, ¿por qué unos pocos sujetos dedican toda su vida a delinquir?; el 50% de los ingresos en prisión están relacionados con abuso de sustancias psicoactivas, y con áreas muy complejas que desbordan la violencia tradicionalmente ejercida por la fuerza bruta, para entrar en el abuso, la manipulación, la xenofobia, el terrorismo y un entramado de nuevas formas de delinquir en la económico, el tráfico, y las organizaciones sociales de cada grupo humano. Los menores de 18 años presentan crecimiento exponenciales, con gravedad desconocida y de consecuencias especialmente contradictorias y difíciles para las comunidades donde el delito se produce. Finalmente la desinstitucionalización de enfermos mentales crónicos afectos de minusvalías y dificultad de integración social, hace pensar que existe un flujo de pacientes abocados al delito y al ingreso en prisión. Si estuviéramos hablando de enfermedades sin más nos encontraríamos ante una epidemia de encarcelaciones. (Yang, 2009)

Ante estas nuevas realidades, la eficacia de las Instituciones penitenciarias y su eficiencia y su funcionalidad debe ser revisada. Tres de los 77 centros españoles se encuentran en Aragón con cerca de un 3.5% del total de personas privadas de libertad. El reciente informe de Caritas Aragón, llamaba la atención sobre la responsabilidad de toda la sociedad en encontrar respuestas a los nuevos problemas penitenciarios.

### **1.11. PROBLEMAS EN CONFLICTO**

La justicia social es uno de los valores emergentes en el mantenimiento de la salud pública porque los ciudadanos más vulnerables, tienden a situarse en los márgenes de la sociedad y muchas veces en conflicto. La epidemiología señala y describe subpoblaciones marginales que ya no están ligadas con la pobreza económica, sino con la falta de recursos de adaptación social (especialmente

acceso y uso de servicios disponibles). Entre éstos la prisión es un camino obligado hacia el futuro. Las instituciones penitenciarias no están preparadas para atenderles y con el paso de tiempo hay que calibrar si los inconvenientes y los problemas se multiplican con la aplicación “sin más” del Código Penal. Los jóvenes en estos grupos humanos son un altavoz de las desigualdades en salud, cuando no se disponen de los instrumentos de apoyo específicos a los grupos vulnerables. La revista de Salud Pública y Lancet siguen planteando que es un tema de defensa de los derechos humanos el estudiar y mejorar las condiciones sanitarias de las personas cumpliendo condenas en el mundo occidental. Si la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) puso en marcha en 1995 el proyecto de mejora de la salud en prisión, hasta el año 2004 en la Declaración de Moscú no se llega al acuerdo de encomendar al servicio nacional de salud la responsabilidad de dotar de recursos a los centros sanitarios de las prisiones en igualdad de condiciones con el resto de los ciudadanos.

Se adjudica a W. Churchill la afirmación siguiente:”La forma y la manera en la que una sociedad trata a sus criminales, es el test infalible de nivel de civilización”.

Es el conjunto de la sociedad la que va a verse beneficiada del aumento de los niveles de salud de estos grupos vulnerables y los beneficios serán mucho mayores que el esfuerzo que hay que realizar.

1. Derecho a salud frente al deber de cumplir una pena.
2. Libertad personal y uso legal de sustancias psicoactivas.
3. Carencia de tratamientos específicos para enfermos crónicos.
4. Prisión como lugar de exclusión y “ocultación”.
5. Sociedad incompatible con algunos grupos sociales transgresores. Algo similar a la personalidad antisocial.

## **1.12. EJECUCIÓN PENAL**

Aumentar el número de presos y la duración de las condenas no siempre se asocia con disminución de los delitos. Por el contrario, las estancias en prisión sí se asocian a fenómenos de contagio y contaminación entre los internos y altos costes personales sociales, económicos etc.

La prisión es un aspecto de la sociedad pero en los países de nuestro entorno se buscan nuevas formas de hacer frente a la necesidad de mantener la ley y la convivencia.

Los datos epidemiológicos ponen en duda la eficacia de las cárceles. La reforma y rehabilitación del delincuente es un proceso complejo, muy heterogéneo y en las grandes colectividades penitenciarias, el ambiente esta dominado por un grupo de delincuentes que influyen negativamente sobre el resto. La tendencia actual es seleccionar el tipo de delitos, que a través de penas cortas y programas intensivos tengan el máximo efecto de limitar los

peligros para la sociedad y ofrecer la reinserción social del delincuente una vez cumplida su pena.

La repercusión familiar del ingreso en prisión es grande y debe ser sopesada.

En el mundo existe más de un 120% de ocupación de las prisiones y esta sobrepoblación complica la funcionalidad de la institución. Aragón no es ajeno a este hecho.

### **1.13. MAGNITUD DEL PROBLEMA EN EUROPA**

Las leyes penales y las medidas penitenciarias en los distintos países de Europa todavía son muy heterogéneas. A pesar del esfuerzo de los últimos 20 años en proponer directivas y criterios comunes, la aplicación de penas dista de ser comparable.

Para conocer la realidad de Aragón requerimos una referencia nacional, ya que más de la mitad de los presos internados en Aragón lo son por delitos cometidos fuera de Aragón y nuestros centros son un reflejo muy similar al de otras Comunidades Autónomas.

Desde el año 2000 hay un 65,1% más de reclusos en España, lo que ha llevado a nuestro país a la cabeza de la Europa occidental con casi 150 presos por cada 100.000 habitantes. El número de presos ascendía a 76.634 en febrero de 2010.

En los últimos 8 años los nacidos en España que cumplen penas de privación de libertad ha aumentado en un 24% frente a un 300%, entre los nacidos fuera de España. Se calcula que en el 2012 la mitad de los reclusos cumpliendo condenas en centros españoles serán extranjeros.

En el año 2008 se dictaron 196143 condenas, el 75% de las cuales por un solo delito, siendo los delincuentes con tres y más condenas en el mismo año una minoría. Como en todo el mundo el predominio, 91 % corresponden a varones.

España se sitúa como el cuarto país de la Europa de los Quince con menor tasa de criminalidad. El índice español es de 47,6 infracciones penales por cada 1.000 habitantes, muy por debajo de la media europea de 70, pero el tiempo medio de estancia en prisión es mucho mayor que en otros países. Este se ha duplicado, en doce años, al pasar de 9.7 meses en 1996 a 20 meses en 2008, según los datos del Consejo de Europa.

El número de internos clasificados en tercer grado penitenciario, es decir, aquellos que cumplen sus condenas en un régimen de semilibertad, era de 5.609 (2007), el 15% y es previsible que alcance el 25% en los próximos años al igual que en los países de nuestro entorno.

Una visión resumen de las peculiaridades del interno cumpliendo condena en España, respecto a los países de nuestro entorno nos presenta varios perfiles que hasta hace unos años eran desconocidos:

1. Presos cumpliendo un primer delito, especialmente menores de 30 años. Por delitos de lesiones, tráfico de drogas o robo.
2. Recientes reformas del código en el campo de la violencia doméstica, la conducción de vehículos bajo los efectos del alcohol y delitos económicos.
3. Emigrantes sin trabajo, que o bien pertenecen a grupos organizados, o bien carecen de apoyo social.
4. Personas con grandes dificultades de integración social, y que acaban delinquiendo y entrando en prisión después de un largo recorrido de inadaptación y falta de respuesta a otras medidas.

Una visión de las condenas nos lleva a resaltar:

1. Mayor duración de promedio (20 meses frente a 7.9 de la Unión europea, en 2008)
2. Mayor proporción de reincidentes y delincuentes con múltiples condenas.
3. Casi la mitad de los presos lo son por robos, muchos de los cuales se relacionan con abuso y dependencia de sustancias psicoactivas (casi un 50%)
4. Aumento progresivo de medidas penales en pacientes con enfermedad mental crónica. Minusvalía y desarraigo social, ante la carencia de otros recursos familiares y sociales.

Para algunos autores estaríamos en una encrucijada que debería tocar techo, y que debería entrar en la senda de países como Francia, Italia, Alemania, Bélgica o Reino Unido que refleja un estancamiento de la población penitenciaria.

Holanda fue hace tiempo una utopía en lo que se refiere al sistema penal y penitenciario. Desde principios de los años 50 hasta la mitad de los años 80 se hablaba de la excepcionalidad del país, ya que consiguió reducir la población penitenciaria hasta niveles ínfimos y se impusieron los valores resocializadores como en ningún otro lugar, convirtiendo en realidad el principio de que la prisión debe utilizarse como "último recurso" en el sistema penal. Sin embargo, a partir de los años 80 se dio una aproximación nueva a la política penal, en la que la prisión "pasó de tener una misión relacionada con el bienestar social y la resocialización a convertirse en un bastión de la defensa social", acercándose a los principios de la 'cultura del control' que definió David Garland. El resultado de este cambio de paradigma es que se pasó en Holanda de una media de 30 presos por cada 100.000 habitantes en 1985 (la tasa europea más baja) a una media de 120 presos por cada 100.000 habitantes en 2005. Desde entonces, de nuevo baja la cifra. Los gobiernos de Bélgica y Holanda han llegado a un acuerdo para que los presos belgas, que abarrotan las cárceles en su país, sean internados en una prisión holandesa, que está a punto de ser cerrada por

falta de condenados. Bélgica pagará 30 millones de euros al año para que Holanda mantenga reclusos a quinientos presos. (22-10-2009)

Desde la privatización de las cárceles en el Reino Unido diseñada en los tiempos de la primera ministra Margaret Thatcher, éste es el caso más parecido de la introducción de mecanismos de mercado en el sistema penitenciario.

En los últimos 10 años en los países de nuestro entorno económico se han producido crecimientos tres veces menores que en España y como hemos citado incluso decrecimiento de la población reclusa. La mayor parte de este fenómeno radica en la duración de las condenas en la tipificación de los delitos y en una población reincidente que acumula muchas causas penales.

#### **1.14. OTROS PAÍSES**

Los organismos de defensa de derechos humanos de la ONU publican la lista de presos en 205 países del mundo y nos muestra mayor heterogeneidad que en Europa, con sistemas penales peculiares en los distintos continentes.

El "World Prison Population List (2005) refleja que más de 8,75 millones de personas permanecen internas en las instituciones penales en todo el mundo, principalmente como presos preventivos, alrededor de la mitad de la mitad de ellos en Estados Unidos (1.96m), Rusia (0.92m) Y China (1.43m)

Los Estados Unidos tienen la mayor tasa de población carcelaria en el mundo, unos 686 por cada 100.000 de la población nacional, seguida de las Islas Caimán (664), Rusia (638), Belarús (554), Suriname (437) y Kazajstán (522), Turkmenistán (489), Belice (459), Bahamas (447) y Dominica (420).

Sin embargo, más de tres quintas partes de los países (62,5%) tienen tasas por debajo de 150 por 100.000 habitantes. Las tasas de población penitenciaria varían considerablemente entre las diferentes regiones del mundo, y entre las diferentes partes del mismo continente, por ejemplo:

En África la tasa media para los países en África occidental y central es de 50, mientras que para los países del sur de África es 362.

En América, la tasa media de los países de América del Sur es de 107, mientras que para los países del Caribe, es 297.

En Asia, la tasa media para el centro sur de los países de Asia (principalmente el subcontinente indio) es de 54, mientras que para (ex-Unión Soviética) los países de Asia central es 426.

En Europa la tasa media de países de Europa meridional es de 69 mientras que para Europa Central y países de Europa oriental es 213;

En Oceanía (incluyendo Australia y Nueva Zelanda), la tasa media es de 110.

Las poblaciones de reclusos están aumentando en muchas partes del mundo. Las poblaciones han aumentado en un 68% de los países en vías de desarrollo.

En el 61% de los países de África, 68% en América del Sur, 87% en Asia, 65% en Europa del Este y 50% en Oceanía.

Es previsible una modificación del patrón de delitos a conductas menos graves, que sean conocidas fácilmente y en las que la policía y el sistema judicial puedan tomar medidas precoces; además puede ser que necesitemos reformas legislativas para una reducción progresiva del tiempo de estancia en prisión, aunque también tendremos un crecimiento total de los delitos.

El reto que nos plantean estos hechos pasa por encontrar medidas alternativas como servicios a la Comunidad, sanciones administrativas, reeducación o tratamiento en Instituciones específicas.

Lograr menos de 100 presos por 100.000 habitantes (45000 plazas en centros penitenciarios españoles), (1500 plazas en centros de Aragón) con estancias de menos de un año, permitiría cumplir los objetivos de la Ley General Penitenciaria y de la legislación europea en esta materia de dedicar más recursos a la rehabilitación del delincuente que al mero hecho de aislarlo de la sociedad y custodiarlo con medidas de seguridad.

### **1.15. CONDICIONES DE ENCARCELAMIENTO**

Como concepto siempre han existido las prisiones, pero el formato actual debería centrarse en dar una respuesta humanista de la sociedad que cree en el individuo, en sus derechos humanos, y que aplica las penas con una finalidad de rehabilitación, y reinserción social.

La reincidencia y el subtipo de población penitenciario que no responde a las penas y sigue delinquirando pueden ser vistos como un fracaso del sistema social que no acierta a aplicar recursos adecuados en la corrección de la conducta penal.

La prisión sin esta visión rehabilitadora y terapéutica se convierte en una cadena de efectos colaterales en los que sufre el sujeto, su familia y la sociedad.

Se han hecho muchos progresos, tratando de adecuar el sistema penal tanto a la dignidad de la persona humana como a la garantía efectiva del mantenimiento del orden público. Pero los inconvenientes y las dificultades vividas en el complejo mundo de la justicia y, más aún, el sufrimiento que hay en las cárceles, manifiestan que todavía queda mucho por hacer. Estamos lejos del momento en que los delitos sean algo irrelevante y marginal. Es un problema de conciencia haber hecho todo lo posible para prevenir la delincuencia y reprimirla eficazmente, de modo que no siga perjudicando y, al mismo tiempo, ofrecer a quien delinque un camino de rehabilitación y de reinserción positiva en la sociedad.

Hay muchas explicaciones para entender el delito. La Ley debe contemplar respuestas organizadas frente al incumplimiento de la norma, pero en el siglo XXI estudiar y conocer los mecanismos eficaces en la recuperación de los delincuentes es un objetivo mayoritariamente aceptado. El paradigma de pobreza, dificultad intelectual, grupo social privado de estímulos, baja escolaridad, ausencia de normativas familiares, drogas y delito ha sido estudiado recientemente en nuestra comunidad.

¿Qué sistemas de calidad de eficacia y de garantía de eficiencia empleamos en la aplicación de penas?, ¿son equiparables al resto de acciones sociales? Conseguir niveles de seguridad no es suficiente. Garantizar los derechos humanos y la reintegración progresiva del recluso en la sociedad debe ser un logro mensurable, las condiciones de vida, de trabajo, de formación de relación con la familia y de solución de problemas deben ser incluidas.

La educación, la sanidad y los derechos fundamentales marcan los principales indicadores de la sociedad moderna, pero la convivencia, los niveles de bienestar y desarrollo de los grupos humanos se han venido midiendo a través de criterios subjetivos y objetivos de adaptación al medio ambiente. Por un lado los bienes de uso colectivo como los transportes públicos, el respeto al medio ambiente, el equilibrio entre la naturaleza y la tecnología nos plantean decisiones complejas, con opiniones encontradas y en ocasiones opuestas. Por otro lado el respeto a las minorías, las políticas de igualdad y la fiscalidad dirigida a una mejor distribución de la riqueza y un uso de bienes y servicios universal, marca las agendas políticas de nuestros gobiernos.

Las prisiones son un indicador sensible a los cambios de la sociedad. Reúne actitudes y hechos sobre la mayor parte de los campos conflictivos. Es el crisol que refleja las contradicciones de la sociedad pero también los aciertos de los grupos humanos. Por un lado la sociedad organizada aspira a la prevención del delito, la rehabilitación del delincuente y la minimización del daño causado. La política penitenciaria, es la prueba de la voluntad de la sociedad para atender a grupos desfavorecidos y es una muestra de la sensibilización de la población ante temas conflictivos.

Los problemas clásicos que se plantean, tiene que ver con:

- La medida de las penas impuestas.
- La calidad y cantidad de formas de cumplimiento.
- La adaptación de un sujeto concreto a estas medidas.
- Las implicaciones colectivas del hecho penitenciario en la sociedad.

Algunos trabajos llaman la atención sobre la disfunción encontrada al aparecer hiper representados, algunos grupos humanos en las cárceles. Algunos ciudadanos crecen y maduran en familias y ambientes sociales de pobreza, abuso de droga, escolaridad deficiente, exclusión social y riesgo de ingreso en prisión. No hablamos de predeterminación, pero sí de trayectoria biográfica abocada a la delincuencia, y por lo tanto previsible y, en alguna manera, evitable.

Por otro lado la eficacia de las penas se ha puesto en cuestión y la reincidencia por encima del 50% no es defendible en el siglo XXI; algo tenemos que cambiar.

Finalmente el coste de las medidas de seguridad con privación de libertad es mucho más elevado que las medidas de tratamiento y por lo tanto con criterios de eficiencia hemos de replantearnos si lo que hacemos tiene alternativas, mejores.

Existen corrientes de pensamiento que sitúan el cumplimiento de penas en medio penitenciario como una alternativa entre muchas, y que en la rotación y complementación con otras medidas penales alcanza su significado. La sofisticación del delito en nuestra sociedad, las bandas organizadas, el terrorismo y las mafias dedicadas tanto al tráfico de drogas como a vulnerar el derecho requieren de una reflexión continúa sobre el sistema penal y penitenciario. En ocasiones puede darse la paradoja que un consumidor de drogas cometa varios atracos para conseguir su dosis diaria y obtenga como resultado una condena de años de duración superior a la de delincuentes profesionales en delitos muy graves.

El listado de problemas que plantean las personas privadas de libertad viene marcado por el punto de vista del que lo analiza. Nuestro punto de partida ha sido pensar en las alternativas para evitar el ingreso en prisión, para minimizar la duración de la prisión, mantener el máximo contacto posible con el medio exterior, prevenir y tratar el estigma social, y dar continuidad de cuidados a los aspectos pro sociales de cada sujeto, para lograr que no vuelva a reincidir.

Pero la actitud y la información de la población no son muy favorables. El papel de los medios de comunicación social, el sensacionalismo y el trabajo de las organizaciones no gubernamentales debe ser ponderado. El miedo al crimen varía en las distintas épocas de la historia y en las actitudes y creencias de los grupos humanos. La confianza en el sistema judicial y la falta de información sobre los tratamientos penitenciarios pueden explicar el aumento de los ingresos en prisión en España.

Los medios de comunicación magnifican el impacto de algunos delitos en la población, asociándose los mismos con actitudes más punitivas de la sociedad frente al delito.

El miedo a las nuevas formas de delinquir, las organizaciones mafiosas, la violencia gratuita y otras causas como el riesgo en la conducción de vehículos, las estafas económicas, las infracciones administrativas graves, nos afectan a todos y nos interesa encontrar formas de prevenirlas, evitarlas y tratarlas para que no se repitan.

La otra cara de la moneda es la respuesta que la sociedad da al delincuente.

## **1.16. EL PAPEL DE LA VÍCTIMA**

Debería ser el centro de todo el sistema. El delito y en concreto el daño que sufren las víctimas no tiene forma fácil de medir. Cada sujeto es importante y las consecuencias de sufrir una agresión, un atraco, un robo, etc. afectan a sujetos concretos, en momentos de la vida, con secuelas personales, físicas, psíquicas y de toda índole, que van a acompañarle en muchos momentos de la vida.

En la medida en que se establezcan objetivos a largo medio y corto plazo se logrará una JUSTICIA RESTAURATIVA, esto es, proponer penas dirigidas a satisfacer a la víctima de las consecuencias del delito y también a la comunidad. Son “curativas” de casos concretos. Pero también una JUSTICIA DE TRANSFORMACIÓN. Llamada también reinversión judicial, dirigida a modificar el contexto cultural donde se ha producido el delito para evitar que reaparezca. Es un trabajo colectivo dirigido a unificar los valores del agresor y de las víctimas, actuando sobre la red social completa. Está cargada de aspectos políticos normativos y educativos y sus componentes fundamentales son pedagógicos y de promoción de la salud y el bienestar social.

## **1.17. ALTERNATIVAS AL INGRESO EN PRISIÓN**

Existen datos convincentes que demuestran la superioridad de castigos administrativos y tareas comunitarias obligatorias en la prevención de recaídas para la mayor parte de primeros delitos en los que no hay violencia.

En las recomendaciones del 2003 de prevención del crimen se plantea que nos enfrentamos a nuevas formas de delincuencia, que la prisión y las sanciones no son el único método de combatirlas y que hay que desarrollar experiencias nuevas que puedan ser evaluadas y compartidas. Para prevenir fenómenos de intolerancia, racismo y xenofobia hay que evitar el miedo a la inseguridad y sus consecuencias tanto en la desconfianza de los poderes públicos como en el aislamiento social de grupos cada vez más numerosos.

- Deben existir canales de intercambio de información entre los jueces, los agentes responsables de estos servicios comunitarios y los investigadores para replantear lo problemas y conseguir mayores niveles de eficacia.

Entre ellas se incluyen:

a) Fuera de Instituciones penitenciarias: Órdenes de alejamiento. Restitución concreto del daño causado. Jornadas laborales obligatorias en trabajos sociales. Cursos de formación. Acuerdos de mediación, individual y familiar.

b) Uso flexible de la libertad condicional, en los distintos momentos del proceso penal.

c) Sanciones económicas, expropiación de bienes, retraso y aplazamiento del cumplimiento de la privación de libertad, arresto domiciliario; obligatoriedad de acudir a centros psicoeducativos.

Los datos básicos para diseñar estas alternativas son: Conocer los datos de cada país y de cada región sobre las estadísticas penales locales. Analizar si existen grupos humanos y sociales híper representados en prisión. Estudiar si la pobreza, la droga, la marginalidad o la emigración son factores importantes de las condenas a prisión. Describir los perfiles de las personas que son detenidas y llevadas a juicio frente a las personas que entran en prisión, y dentro de ellas en función del número de años de condena. Al menos deben existir programas para jóvenes, mujeres, enfermos mentales, grupos minoritarios, abusadores de sustancias.

Una vez que el Juez decide evitar la prisión, existen datos sobre cuatro tipo de medidas eficaces -sanciones económicas dirigidas a compensar las consecuencias directas del delito - cumplimiento de tratamientos o estancias en instituciones no penitenciarias - servicios obligatorios públicos "en la comunidad" sin salario - Participar activamente en tareas pro sociales.

La instauración con éxito de estas medidas se relaciona con:

1. Disponibilidad de recursos.
2. Informar a los jueces y potenciar actitud positiva y su permeabilidad a los trabajos comunitarios.
3. Probabilidad razonable de respuesta positiva en el delincuente concreto.
4. Riesgo de peligrosidad.
5. Aplicar técnicas cognitivo conductuales: Enseñarle las consecuencias de su conducta. Mejorar su autocontrol. Identificar situaciones de riesgo de recaída delictiva. Aprender a evitar las situaciones donde la conducta delictiva puede reaparecer. La investigación debe acompañar estas medidas para conocer en cada grupo humano los factores que el hacen delinquir y los factores que le ayuden a impedir el delito.

### **1.18. NECESIDADES DE LA POBLACIÓN RECLUSA**

No hemos querido analizar la complejidad de medios disponibles para el recluso, ya que es generalizada la alta valoración del sistema en su conjunto. En su lugar hemos analizado casos concretos, para centrarnos en:

- Acceso a los servicios disponibles.
- Coordinación entre distintas administraciones.
- Formas de resolver problemas.

- Sistemas de tomar decisiones ante visiones diferentes, conflictos y quejas.

Distinguiremos varios tipos de personas en privación de libertad. Por un lado aquellos que cumplirán largas condenas, que no tienen motivación para seguir tratamiento y que su vida gira alrededor de medidas de seguridad y disciplinarias. En estos la aplicación de una política de respeto a los derechos humanos hace que las prisiones españolas sean un modelo en nuestro medio y que existan múltiples mecanismos de control e información pública que garantizan una buena calidad de vida.

Desde un punto de vista práctico tenemos los que entran por primera vez, tienen enfermedades y no saben que pueden beneficiarse de tratamientos. La colaboración con sus familias y con Organizaciones no gubernamentales conseguirá cambiar su itinerario psicopatológico y su itinerario penal. Fomentar educación, tratamiento y adherencia y cumplimiento de las medidas favorables para el sujeto requiere introducir tecnología de enfermería similar a la habitual en el ámbito médico.

En tercer lugar, mejora de la continuidad de cuidados en los pacientes con enfermedades crónicas facilitando la fluidez de entradas y salidas a los centros terapéuticos del sistema nacional de Salud, sopesando más la necesidad de tratamiento que medidas de seguridad.

Fomentar los módulos de respeto y los módulos terapéuticos donde existe más posibilidad de individualidad, de iniciativa y de procesos de cambio, introducir herramientas de apoyo para conseguir nuevos hábitos sociales, nueva cognición de las consecuencias del delito y una mayor sensibilización sobre las consecuencias en la víctima del hecho delictivo.

La presión de otros internos y el conocimiento de las formas de pedir ayuda son un determinante básico en la búsqueda de tratamiento. Hay un componente de información y otro de voluntad que depende del sistema de creencias del paciente.

Van unidos la búsqueda de ayuda, la movilización de voluntad de cambio y la respuesta a la presión social, externa.

Mejor formación en los funcionarios, en la línea de lo que ya se hace en este momento pero aplicando métodos de aprendizaje aplicados al grupo de internos y a necesidades concretas, tal y como se hace en ciencias sociales y en ciencias de la conducta.

Potenciar los estudios y la investigación de necesidades en cada centro penitenciario e implicar a la sociedad en la búsqueda de soluciones para disminuir los delitos.

En síntesis, consiste en mejorar la fluidez y la cantidad de contactos de la sociedad con la prisión limitando el aislamiento y el abandono que siempre acabará aumentando los problemas de las poblaciones marginales. Es una

acción colectiva la que crea el fermento y el esqueleto de cambios individuales, donde cada sujeto finalmente consiga la rehabilitación y reinserción social.

El modelo donde desarrollaremos con más detalle este razonamiento es en las propuestas para aquellos internos que cumplen prisión y padecen enfermedades mentales crónicas y requieren una continuidad de cuidados y un apoyo individualizado en el uso de los recursos disponibles.

La reinserción se consigue en el 70% de los casos, por esto presentaremos un análisis de comparación entre reincidentes y presos cumpliendo la primera condena, para intentar descubrir los mecanismos que no son accesibles al tratamiento general penitenciario y poner en marcha las respuestas complementarias individuales que sean eficaces.

Resumiremos esquemáticamente algunas experiencias internacionales para reforzar los datos encontrados y contextualizarlos en un amplio abanico de intervenciones prácticas eficaces que ya se están poniendo en marcha en otros lugares próximos.

### **1.19. JUZGADOS ESPECIALIZADOS EN DELITOS RELACIONADOS CON LAS DROGAS**

Se inician en 1989 en Miami (U.S.A.) y en 2007 existen 2147. Se centran en delitos sin violencia y plantean la condición de garantizar al menos un año libre de drogas para el delincuente y su tratamiento en centros específicos. Si las condiciones terapéuticas se cumplen, no hay condena.

La mayoría de los trabajos proceden del campo de los menores:

#### **1.1. Alternativas a la prisión en abuso de sustancias.**

Las alternativas comunitarias a la prisión dirigidas a delincuentes consumidores de drogas han aumentado en los Estados miembros desde finales de los años noventa. Se han desarrollado dentro de un extenso marco de innovaciones en materia penal, cuyos otros componentes principales son la mediación y la reparación (es decir, una tendencia encaminada hacia el servicio a la comunidad). Estas alternativas consisten básicamente en la prestación de tratamiento para la drogodependencia. Existen pruebas de que el tratamiento resulta eficaz para reducir el consumo de drogas y la delincuencia (Stevens *et al.*, 2003). El tratamiento puede resultar especialmente eficaz para reducir la delincuencia si va dirigido a los consumidores de droga de larga duración, que son responsables de la mayoría de los delitos menores. Además se ha observado que las penas de prisión no constituyen un medio de disuasión contra los delitos menores (Brochu, 1999)

No existen evidencias claras que indiquen que los tratamientos cuasi obligatorios tengan éxito. Los estudios europeos se muestran más escépticos a este respecto que los norteamericanos, que señalan resultados positivos desde

los años setenta. Se requieren nuevos estudios sobre el proceso y sus resultados, y éstos deberían ser de carácter tanto cuantitativo como cualitativo. Sin embargo, la evaluación de un programa danés que permite que los delincuentes cumplan su pena en un departamento especial de tratamiento dentro de la prisión ha descubierto que la tasa de delincuencia ha disminuido, en particular cuando se ofrece una alternativa a la prisión a los delincuentes de largo historial (Informe nacional danés, 2002). El proyecto Triple Ex realizado en La Haya, que consiste en un tipo coactivo de tratamiento, ha puesto de manifiesto que cuanto mayor es la duración del tratamiento, menor es la tasa de reincidencia (Vermeulen *et al.*, 1999)

Muchos de los factores que provocan la falta de resultados de las alternativas a la condena están relacionados con la falta de coordinación entre los diversos sectores que intervienen en ellas, a saber, la justicia, la sanidad y los servicios sociales. Generalmente, las evaluaciones ponen de manifiesto carencias en la financiación de los tratamientos (80), ausencia de una delimitación clara entre el papel de los jueces y del personal encargado del tratamiento por lo que se refiere a quién debe determinar el mejor tipo de tratamiento, así como servicios sociales de tratamiento inadecuados (OEDT, 2003). Una evaluación de la orden de servicios comunitarios, que es uno de los instrumentos de que dispone el sistema legal irlandés para dirigir a los consumidores de drogas de las prisiones hacia formas alternativas de redimir su pena, señala que la colaboración formal y/o informal entre los servicios judiciales, sociales y sanitarios reviste una importancia crucial para su éxito (Grupo de expertos sobre libertad condicional y servicios sociales, 1999)

El sistema judicial de los Estados miembros ha adoptado medidas especiales destinadas a los jóvenes consumidores, entre otras las «intervenciones precoces» y las alternativas a la penalización. Las intervenciones precoces pretenden impedir la delincuencia actuando en las etapas tempranas de la carrera delictiva. Una de las medidas más frecuentemente aplicadas en los Estados miembros es evitar o posponer la primera encarcelación desviando a los jóvenes del sistema penal hacia un programa socio sanitario alternativo. En Portugal, las Comisiones para la Disuasión del Abuso de Drogas son un ejemplo de una estructura creada para poner en práctica alternativas a la penalización. Se crearon en 2001, cuando la posesión de drogas para consumo personal fue despenalizada. Una evaluación realizada trascurrido un año muestra resultados positivos en la prevención de los problemas vinculados a la drogadicción, y en la disminución del plazo entre la iniciación al consumo problemático y el contacto con las instituciones de tratamiento (Informe Anual de Portugal 2002)

Con la tradicional expresión "alternativas a la prisión" se designan lo que más precisamente son consecuencias jurídicas distintas de la prisión (como son las medidas de seguridad de internamiento en centro psiquiátrico o tratamiento ambulatorio de drogodependencias), penas distintas de la prisión (como los trabajos en beneficio de la comunidad o la multa), formas de no ejecutar la pena de prisión (suspensión de condena) y formas de cumplir la pena de prisión fuera de la cárcel. Vamos a distinguir entre lo que se denomina coloquialmente "medidas alternativas a la prisión" y los "cumplimientos

alternativos", lo que se ha llamado "la puerta delantera" y "la puerta trasera" de las alternativas a la prisión.

Se exponen a continuación algunas medidas:

#### **“Alternativas a la prisión” (puerta delantera)**

- Medidas de seguridad de tratamiento ambulatorio de trastornos mentales o drogodependencias (Art. 96.3.11ª Código Penal)
- Medidas de seguridad de seguimiento de programas de tipo formativo, cultural, educativo, profesional, de educación sexual y otros similares (Art. 96.3.12ª Código Penal)
- Pena de trabajo en beneficio de la comunidad (Art. 49 Código Penal)
- Suspensión de la pena de prisión no superior a 2 años (Art. 80 y siguientes Código Penal)
- Suspensión de la pena de prisión no superior a 2 años con la obligación de participar en programas formativos, laborales, culturales, de educación vial, de educación sexual y otros similares u otros deberes (Art. 83.1.5ª y 6ª Código Penal)
- Suspensión de la pena de prisión no superior a 5 años cuando la persona penada hubiese cometido el delito a causa de una drogodependencia y se encuentre deshabituada o sometida a deshabitación (Art. 87 Código Penal)
- Sustitución de la pena de prisión no superior a dos años con la obligación de participar en programas formativos, laborales, culturales, de educación vial, de educación sexual y otros similares u otros deberes (Art. 88)

#### **"Cumplimientos alternativos" de la pena de prisión (puerta trasera)**

- Libertad condicional (Art. 90 y siguientes Código Penal y 192 y siguientes Reglamento Penitenciario)
- Régimen abierto:
  - Ordinario sin pernocta en el centro (Art. 86 Reglamento Penitenciario)
  - Cumplimiento en unidad extrapenitenciaria de deshabitación (Art. 182 del Reglamento Penitenciario)

### **1.20. INSTITUCIONES MEDICO-FORENSES**

Frente a la atención, en el centro penitenciario, la evaluación previa al juicio se ha mostrado mas eficiente y de menor coste (Joseph, 1990)

Se han propuesto incluso juzgados específicos para los delitos cometidos por personas diagnosticadas de enfermedades que afecten la capacidad volitiva y el criterio de realidad. Baillargeon habla de una “epidemia de enfermedades

mentales en las prisiones americanas en los últimos 40 años”, sobre 80.000 presos evaluados durante seis años, aquéllos con diagnóstico de trastorno Bipolar tenían 3.3 más ingresos en prisión por lo que propone mejorar el seguimiento clínico y las medidas de tratamiento en el sistema sanitario para estos pacientes que podrían cumplir las condenas fuera de la prisión. (Baillergeon, 2009)

El Consejo de Europa en sus recomendaciones del año 2006, en el punto 12.1 sobre las normas penitenciarias destaca que aquellas personas con enfermedad mental cuya situación sea incompatible con la prisión deben derivarse a un establecimiento especializado. Esto se ha venido reflejando en muchos países en Instituciones forenses que complementan la dotación de recursos asistenciales con medidas de seguridad. Sin embargo los psiquiatras no apoyan la puesta en marcha de hospitales psiquiátricos penitenciarios sino la aplicación de medidas terapéuticas especializadas por el tiempo necesario para que cada sujeto se recupere de la enfermedad y vuelva a su vida normal, en la Comunidad donde la relación entre personas de su entorno le garantiza la recuperación del equilibrio psíquico que ha perdido por su enfermedad.

En las últimas décadas se han ensayado distintas alternativas:

1. Clínicas forenses y Juzgados especializados para enfermos mentales que evitan que se plantee el ingreso en prisión.
2. Alternativas de “seguridad” con recursos sanitarios para penas que son cumplidas en un ambiente terapéutico pero dentro de una estricta vigilancia: Tras la entrada en prisión aquellos pacientes que lo necesitan serán trasladados a estos centros.

Los grupos objeto de estas alternativas han sido adolescentes conflictivos en periodo de maduración, abusos de drogas y enfermos crónicos.

En Inglaterra y Gales el 10% de varones en prisión preventiva y el 21% de las mujeres han padecido un episodio psicótico en los doce meses previos. En Nueva Zelanda un 8% y en Australia un 11%.

Al menos el 5% de los presos en Inglaterra sufren psicosis crónicas, el 7% en Australia y el 3% en Nueva Zelanda.

Razones técnicas humanitarias y económicas aconsejan estudiar alternativas. En Florida un enfermo de estas características preso consume más del doble de servicios (con su coste correspondiente), que el resto de los presos.

En el año 2000 el Presidente Clinton dotó presupuesto para 100 Juzgados específicos.

Cuatro años después el senado norteamericano aprobó 500 millones de dólares para coordinar las intervenciones sociales, sanitarias y legales con estos pacientes que cometen delitos.

Desde 1990 los ingresos en clínicas forenses crecen sin parar mientras que las hospitalizaciones involuntarias son estables. La reducción de camas psiquiátricas y el enfoque comunitario de la psiquiatría es una de las explicaciones de la derivación de pacientes al sistema legal.

## 1.21. RECURSOS TERAPÉUTICOS Y DISMINUCIÓN DEL DELITO

En Londres, en un año sobre una población de 500.000 habitantes se realizó un estudio en el que 264 delincuentes fueron remitidos para evaluación clínica y valoración de medidas terapéuticas médicas alternativas al ingreso en prisión. Estos sujetos representan un 0.45% de los delitos juzgados. La mitad de estos pacientes fueron enviados a hospitales con medidas de seguridad en relación a su enfermedad, consiguiéndose mejores resultados y ahorro de costes respecto a un grupo control de enfermos estudiados que permanecieron el mismo tiempo en prisión. El dato más contundente es la reducción de condenas en los 5 años posteriores.

El tipo de enfermedad mental no tiene relación con el tipo o gravedad del delito. Las fuentes de información evaluadas para decidir qué paciente se deriva a este servicio y cuál al Juez, es el centro del programa. Que el agente de policía tome una decisión adecuada va a adelantar la solución y va a prevenir muchos inconvenientes. Ante la sospecha de un delito habrá que valorar.: sospecha de que exista una enfermedad, si es posible, la evaluación de la historia clínica de admisiones hospitalarias previas, y los datos médicos de ingresos en prisión e informes psiquiátricos forenses.

En este estudio se concluye que es importante colaborar con la policía de barrio y que una adecuada instrucción de los agentes sobre si ante una detención deben llevar el sujeto al hospital o al Juzgado es la clave para cambiar el pronóstico de una cadena de decisiones que condicionará el futuro del paciente y un montón de problemas al sistema.

En algunos enfermos crónicos la disponibilidad de Centros Sanitarios de Día, Residencias y ayuda domiciliaria donde poder enviar a los pacientes es la alternativa que los jueces en Aragón no encuentran antes de ser enviados a prisión.

Los resultados de tratamientos extrapenitenciarios muestran que los pacientes con medidas de seguridad no delinquen más que los que están en la cárcel, en los años siguientes a terminar la condena o el tratamiento, pero su tratamiento es más específico y eficaz; y es más barato. Tanto en los violentos como en los no violentos. Debe fomentarse el proceso de puerta de entrada desde la policía y los jueces al sistema terapéutico.

En el Servicio Nacional de salud del Reino Unido se ha puesto en marcha una oficina de atención individualizada de casos que pretende mantener la continuidad de cuidados en el seguimiento individual, intra y extra penitenciario, coordinando recursos multidisciplinarios en un plan de objetivos para cada paciente. Para un millón de habitantes, entre 10 y 20 pacientes por año entrarían en este programa:

- 1) Intercambiar información sobre el paciente.

- 2) Minimizar riesgo.
- 3) Potenciar posibilidades terapéuticas.
- 4) Momento de la sentencia: Elección entre alternativas con los forenses.
- 5) Programa individualizado con recursos disponibles en el centro de cumplimiento.
- 6) Atención en los periodos de transición.
- 7) Prevención de suicidio.
- 8) Deshabitación del consumo de sustancias.
- 9) Acceso a los servicios de atención primaria y especializada.
- 10) Integración e influencias entre compañeros.

Las nuevas alternativas persiguen los mismos objetivos pero con eficiencia.

El Consejo de Europa plantea buscar criterios de eficacia, coste-beneficio y calidad de las intervenciones individuales y de los programas alternativos al ingreso en prisión. Deben ser profesionales y con criterios técnicos y supervisados y evaluados con rigor. Sugiere que se consiga un impacto en el delincuente que le haga cambiar:

1. Control de síntomas de su enfermedad.
2. Habilidades básicas. Entrenamiento en conductas pro sociales, resolver problemas familiares, mejora de las relaciones sociales y mejora de la instrucción personal.
3. Apoyo para mantener y disfrutar del trabajo y ocupación disponible.
4. Tener red social propia y sentirse miembro de un grupo social.

## **1.22. PROPUESTAS CONCRETAS PARA LA RESOCIALIZACIÓN**

El impacto de vivir en el medio penitenciario es muy variable. Sabemos que hay un grupo de presos muy resistentes al cambio, pero el modelo teórico terapéutico debe ser mayoritario. El dolor y el “daño” proporcionado a la pena incluyen, la separación de tu medio ambiente, la pérdida de las decisiones libres y el sometimiento a un sistema rígido de control. Esto conlleva una especial sociabilidad, una pérdida de iniciativa e intimidad y una cadena de reacciones y vivencias singulares dirigidas a la adaptación y afrontamiento de este periodo vital. Uno de cada cinco internos experimenta enfermedades sobrevenidas especialmente con cambios de ánimo, angustia, somatizaciones y desesperanza frente al futuro. Una proporción de presos viven además experiencias de dolor especial y de estrés que puede dejar secuelas a largo plazo, por los incidentes en los que voluntaria e involuntariamente se puede ver involucrado.

A esto hay que sumar la triple condena que representa la repercusión en su familia, el impacto de las visitas, la reacción del medio social de procedencia y la tolerancia a las interacciones familiares durante la prisión.

Si existe actividad, si se participa en programas terapéuticos, si se suprime el consumo de drogas, si se sigue bien el tratamiento médico pueden conseguirse progresos, pero la desconfianza del medio, el ambiente de hostilidad y la carencia de medios hace que al menos el 50% de internos no dispongan de los instrumentos que idealmente podían necesitar. De aquí que las complicaciones de problemas con los que ya se entra en prisión deban ser consideradas.

Existen datos sobre como, estar más de dos años en prisión se acompaña de secuelas en el cerebro y por lo tanto hay que considerar la necesidad de un periodo de reorganización personal antes de pasar a la vida en libertad.

Las propuestas más eficaces van en la línea de proponer una modificación progresiva de la situación de prisión a la de libertad que estudiaremos en el capítulo de cumplimientos de tercer grado y de libertad vigilada. Todo esfuerzo en mejorar e individualizar esta graduación, es bienvenido.

La inversión más rentable es el trabajo en redes sociales y en relaciones interpersonales pro sociales. Esto requiere introducir periódicamente voluntarios y agentes externos a la prisión para mejorar la sociabilidad y las habilidades relacionales de cada interno. En las experiencias en las capellanías de los centros, en los cursos dirigidos por personal externo y en las salidas terapéuticas se refleja este elemento activador necesario e imprescindible para lograr la resocialización de personas tras un periodo de privación de libertad.

En concreto:

- Transición gradual en las actividades de la vida diaria habitual del interno.
- Continuidad en ocupación, en sistema de cuidados de salud.
- Colaboración con grupos de voluntarios.
- Contacto mantenido con agentes sociales.
- Papel primordial de la familia y el sistema habitual de convivencia.
- Poner en marcha la prevención del delito, en personas con antecedentes de reincidencia, con grupos de autoayuda y cambio del riesgo de delinquir.
- Tratamiento específico de sus necesidades, especialmente atención en enfermedades ligadas al abuso de sustancias.

## **CAPÍTULO 2. PROPUESTAS GENERALES DEL GRUPO DE ESTUDIO**

Resumimos de la literatura publicada hasta el momento algunas reflexiones guía, que intentaremos verificar en la población aragonesa.

### **2.1. PREVENCIÓN DEL DELITO**

Prevención de la delincuencia: según la definición de la Decisión del Consejo de mayo de 2001, por la que se crea la Red Europea de Prevención de la Delincuencia, la «Prevención de la delincuencia cubre todas las medidas, tanto cuantitativas como cualitativas, destinadas a hacer disminuir o que contribuyen a hacer disminuir la delincuencia y la sensación de inseguridad de los ciudadanos, tanto directamente, desalentando las actividades delictivas, o mediante políticas e intervenciones destinadas a reducir los factores criminógenos y las causas de la delincuencia. Combina las acciones realizadas por los poderes públicos, las autoridades competentes, los órganos de justicia penal, las autoridades locales y las asociaciones especializadas que se hayan establecido en Europa, el sector privado, las organizaciones benéficas, los investigadores y el público, con el apoyo de los medios de comunicación». Robos con fractura en los domicilios, robos en los vehículos, agresiones, robos en la calle: estas formas de delincuencia constituyen una de las principales fuentes de inquietud de los ciudadanos europeos. Esos hechos delictivos están incluidos en los tres grandes ámbitos prioritarios definidos por el Consejo Europeo de Tampere, es decir, la delincuencia de los jóvenes, la delincuencia urbana y la delincuencia vinculada a la droga.

- a) Mejora de la educación y formación para la convivencia y en especial para la solución de los problemas en la vida social. Esto incluye mejorar la conciencia ciudadana sobre los métodos de aplicación de una justicia moderna, como función colectiva y en la que todos podemos colaborar:
  - 1. Facilitar información periódica sobre los logros del tratamiento penitenciario ayuda a cambiar las raíces de resistencia y rechazo de la población por miedo y desconocimiento sobre las causas y consecuencias del delito.
  - 2. Sensibilizar a la sociedad para que asuma la prevención del delito, y la ayuda a la víctima es la forma de disminuir los fenómenos de marginalidad y exclusión social e impulsa la recuperación del delincuente como una tarea colectiva que nos beneficia a todos.
  - 3. Formación en los colegios, en los medios de comunicación social, para desarrollar actitudes y habilidades, que mejoren la integración social.

- b) Promover una cultura de la paz y la convivencia es el freno más eficaz del delito. La prevención de la reincidencia en Europa se asocia a una mayor conciencia social. La delincuencia es un aspecto más de la sociedad que debe ser analizada desde la globalización, como una cadena de hechos, con múltiples variantes y formas cambiantes. Para algunos autores no cambia la cantidad de la delincuencia sino el tipo de la misma y la permisividad de la sociedad ante distintas formas de delincuencia.
1. Los servicios sociales son un tipo de servicios, considerados fundamentales para el bienestar social. Comprende las acciones inherentes a la prestación de servicios de salud, promoción y asistencia social, seguridad social, educación, cultura. El problema en nuestra sociedad viene de la mano de no ser capaz de usarlos por las personas que los necesitan.
  2. La coordinación entre los equipos sanitarios de atención primaria y los servicios sociales de base junto a organizaciones religiosas y de ayuda mutua es uno de los pilares de la cohesión social y de una sociedad con valores. Estas acciones mejoran la convivencia y alejan la posibilidad de transgresión.
  3. Potenciar cauces para integración de las migraciones y los movimientos humanos es un reto que ha movilizado múltiples experiencias en los últimos 50 años. Aragón se encuentra en un momento de integración de poblaciones muy diversas, en lo laboral, lo educativo y la armonía en las relaciones y actividades sociales.

## **2.2. DISMINUCIÓN DE LA DURACIÓN Y COSTE DEL PROCESO JUDICIAL**

1. Nos dirigimos a una sociedad tecnoburocrática, en la que la medicalización y la judicialización de la vida son inevitables, pero el coste y las consecuencias de usar erróneamente los recursos limitados disponibles justifica analizar las experiencias de los países de nuestro entorno. Al igual que cada vez conocemos mejor los hábitos de vida higiénicos para prevenir enfermedades, sabemos que el iniciar un tratamiento es un fracaso de la sanidad y que toda la inversión en adelantarnos a que aparezcan enfermedades es muy rentable. El mismo argumento se ha invocado en el ámbito judicial. Intentar resolver los problemas de forma eficaz y sencilla es siempre más rentable y útil que enfrentarse en litigio. El centro del problema debe ser restaurar el daño recibido por la víctima. En los últimos años las asociaciones de víctimas del terrorismo han aparecido en la sociedad como un elemento integrador que llama la atención sobre la necesidad de crear espacios de diálogo y comunicación. En delitos menores pueden evitarse la mayoría de los juicios.

2. La intervención sobre menores de 18 años es un crisol de muchos ensayos y la fuente de los modelos sociales de delincuencia. La mayoría de las publicaciones, destacan el hecho de mejor pronóstico cuando se actúa con mayor intensidad y especificidad en las primeras condenas. La revisión que hemos presentado de algunas medidas de supervisión judicial de delincuentes, los acuerdos extrajudiciales y muy en especial, los tratamientos de rehabilitación tanto en enfermos crónicos como en personas con abuso de sustancias psicoactivas representan el mejor ejemplo. No queremos llegar a hablar de reeducación social, pero sí a plantear que es mucho más humano, mas técnico y más coherente ofrecer oportunidades de recuperación que sean eficaces; esto beneficia a las víctimas, y desde luego se centra en dar respuestas concretas al delincuente, bajo supervisión judicial y antes de tener que dictarse una sentencia. Manteniendo el símil de la medicina, el siglo XXI trae a la consulta de los sanitarios más sanos que enfermos y desde la prevención cambia la práctica de la profesión hacia la promoción de la salud y las estrategias de enfrentamiento ante la enfermedad. La vacunación es el sùmmum pero la disminución de riesgos es la alternativa universal. Aragón, pionera en muchos campos de la historia, debe y puede plantearse una justicia moderna que ponga en marcha nuevos programas y estrategias. Movilizar el tejido social que innove y progrese hacia una sociedad mejor es responsabilidad colectiva.
3. La especialización es un hecho en toda la sociedad. Las experiencias en el mundo anglosajón con los Juzgados especializados en salud mental y drogodependencias, compuestos por personal judicial y profesionales de la salud, trabajando conjuntamente y desarrollando planes de tratamiento, que conozcan los mecanismos rehabilitadores y dispongan de instrumentos de tratamiento eficaces ha mejorado los resultados en los dos campos, el judicial y el sanitario, y por lo tanto la rentabilidad y eficiencia disocial de los recursos disponibles.

### **2.3. MEDIDAS ALTERNATIVAS A LA PRISIÓN**

El VIII Congreso de Naciones Unidas para la prevención del crimen y el tratamiento de presos establece un mínimo de garantías para poner en marcha alternativas penales al ingreso en prisión:

- Cada país debe definir la aplicación de estas medidas en leyes.
- Deben ser accesibles a todos los ciudadanos en todos los momentos del proceso judicial.
- Deben justificarse por los objetivos de la sentencia, los derechos de las víctimas, el consentimiento del delincuente.
- Deben ser proporcionadas a la gravedad del delito y relacionadas con las capacidades del delincuente.
- En muchos países del mundo la sociedad civil junto con el sistema judicial promueve programas educativos, entrenamiento laboral, e intercambio de experiencias.

El Comité de Ministros del Consejo de Europa en su Recomendación (2000) 22 sobre la mejora de las medidas y sanciones centradas en servicios a la comunidad de 20 de noviembre del año 2000 argumenta las alternativas al ingreso en prisión.

- Alternativas en el periodo previo al juicio para que el sospechoso del delito permanezca controlado en una dirección y pueda ser supervisado por la autoridad.
- Contemplar las medidas de control previas al juicio como una sanción y sustituir la prisión preventiva, por decisiones judiciales ligadas al ingreso en prisión.
- Aumentar las medidas de suspensión de penas de prisión y sustitución por tratamientos específicos.
- Disponer de trabajos a la comunidad (sin salario)
- Compensar-reparar a la víctima con medidas de mediación.
- Obligar a tratamiento involuntario a personas con abuso de sustancias y enfermedades mentales, cuando los delitos tengan que ver con su psicopatología.
- Individualizar al máximo las medidas penales.
- Restringir la libre movilidad con monitorización electrónica del delincuente.
- Adelantar la salida de prisión cuando se acepten medidas de supervisión individualizadas.

El Comité de Ministros del Consejo de Europa en sus series de recomendaciones destaca: Recomendación 92, capítulo 16.

- Potenciar las sanciones que no impliquen ingreso en prisión, especialmente cuando se cambian las leyes, buscando la disminución del delito y la reparación de sus consecuencias.
- Especial atención para los delincuentes habituales, que no son candidatos para los servicios a la comunidad.
- Investigar y probar en las distintas colectividades medidas apropiadas creativas, que puedan ser evaluables.
- Promover campañas educativas que hagan conocer a la población la eficacia de todas las alternativas al ingreso en prisión.
- Deben publicarse los resultados individuales, económicos y sociales positivos de las medidas alternativas. Los medios de comunicación tienen un papel

fundamental en el establecimiento de un clima social favorable para aumentar las sanciones centradas en servicios a la comunidad.

Que los jueces y la sociedad dispongan de instrumento para combatir el delito depende:

- De los recursos invertidos.
- De la calidad técnica de la elección de pacientes.
- De la coordinación de servicios policiales, sanitarios, legales y penitenciarios.

La decisión forense previa a la celebración del juicio y la ubicación en instituciones médicas con medidas de seguridad se ha demostrado eficaz.

1. Baja la estancia en prisión.
2. Efecto similar en repetición de delitos a la estancia en prisión.
3. Conecta al paciente con el sistema sanitario aunque posiblemente no en las mismas condiciones que por otras vías de acceso.
4. Es más barato considerando medio y largo plazo.

El momento histórico de cambio y de globalización entre personas de todos los continentes, exige una reflexión continuada sobre eficacia, eficiencia y valoración comparativa de las actividades profesionales, especialmente aquellas necesarias para el bien de la colectividad. El ámbito penitenciario en Europa, destaca la importancia del tratamiento médico, la singularidad de las trayectorias penitenciarias la disminución de la duración de las penas de privación de libertad y el aumento progresivo de los delitos, que cada vez están más diversificados.

Si analizamos en España las respuestas penales a delitos económicos, de tráfico vial, de infracciones urbanísticas, de respeto a la intimidad, etc. comprobamos que la diversidad en el cumplimiento de las penas es la norma y la excepción será la entrada en prisión por largos periodos de tiempo. Sin embargo en otros delitos, ligados al consumo de drogas, a algunas formas de violencia y a la apropiación indebida, esto no ocurre.

#### **2.4. AUMENTO DE RECURSOS PARA INTERNOS EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS DE ARAGÓN**

Los informes recientes en la Comunidad Autónoma de Aragón describen algunos problemas y formulan interrogantes que la sociedad debe responder, especialmente en el ámbito preventivo y en el proceso de reinserción tras el cumplimiento de la pena, para evitar un círculo reiterado de delitos y entradas y salidas de la cárcel. El 50 % de los delitos en el Reino Unido los cometen un 10% de los presos que se caracterizan por alto nivel de reincidencia. Además el 50% de ellos sufren enfermedades y abusan de drogas. Esta proporción es similar en Japón y en el resto de países de nuestro entorno.

Nuestros problemas son los mismos que ya venimos analizando:

El perfil biográfico del 25% de las personas que cumplen penas de privación de libertad es muy característico: Permanecer internado en instituciones para niños, ser conflictivo en el colegio, cambios múltiples de centro de estudios, desempleo prolongado y conflictos familiares multiplican por 10 a 15 veces el riesgo de entrar en prisión.

En los países de nuestro entorno se están desarrollando nuevas alternativas a la privación de libertad y un estudio y seguimiento de poblaciones de riesgo con el fin de reducir la necesidad de ingreso en prisión apoyando a personas con riesgo de cometer delitos: Juzgados especiales para delitos relacionados con las drogas, medidas de seguridad, programas de cumplimiento penal comunitario, trabajos sociales y sistemas de control y modificación de conducta a largo plazo se vienen ensayando en los últimos 30 años en el mundo occidental con resultados dispares pero esperanzadores.

Los pacientes con enfermedades mentales crónicas, que en otro tiempo utilizaban centros sanitarios de larga estancia y que ahora son transeúntes y foco de conflictos en un medio familiar y social cada vez con menor capacidad de soporte. Para algunos autores las cárceles se han convertido en los nuevos manicomios del siglo XXI.

En el ámbito de los delitos ligados al consumo de sustancias el cumplimiento en centros de tratamiento para lograr deshabituación de las enfermedades por abuso de sustancias psicoactivas es una demanda creciente.

Finalmente el desamparo que algunas personas viven tras largos periodos de privación de libertad es un problema social creciente que hay que afrontar.

En los estudios sobre rehabilitación, reincidencia, tratamiento multiprofesional y psiquiatría forense, encontramos que solo una pequeña proporción de presos son colaboradores y están en disposición de cambiar su conducta disocial. La mayor proporción se concentra en los que cometen los primeros delitos, especialmente en menores de 25 años. Disponer de buen apoyo familiar conlleva en el sistema penitenciario clásico un estigma generalizable y una pérdida progresiva de red social sana para entrar en la "universidad del delito" que existe en los macrocentros penitenciarios. El desarraigo y la exclusión, imprime un sello en los penados, que habrá que considerar siempre que sea posible, para introducir medidas de integración social y comunitaria.

Aragón dispone de tres centros penitenciarios con una población próxima a 2300 sujetos, acogiendo individuos de otras comunidades vecinas. El sistema penitenciario está considerado de alto nivel en el contexto europeo y sus servicios están en continua actualización, dentro de un modelo nacional con directrices tradicionales y lenta introducción de nuevos programas.

Encontramos las subpoblaciones siguientes con especial potencial rehabilitador:

1. Delitos ligados al tráfico y consumo de drogas en poblaciones socialmente aisladas, que no tienen acceso real a los programas de

- prevención y tratamiento de las enfermedades por abuso de sustancias.
2. Sujetos con infancia y desarrollo psicosocial adverso, que han participado en su infancia de programas institucionales y de corrección, sin haber logrado una recuperación y con acumulo de factores de riesgo para delinquir.
  3. Emigrantes sin apoyo social, que en los momentos de crisis sistemáticamente entran en conflicto.
  4. Enfermos de alcoholismo crónico que acabarán con delitos de tráfico.
  5. Enfermos con angustia, cambios de ánimo y dificultades en el control de impulsos, con problemas familiares y riesgo de violencia doméstica.
  6. Enfermos psicóticos crónicos sin conciencia de enfermedad, que van perdiendo de forma progresiva apoyo y soporte familiar.
  7. Penados con alto nivel de motivación expresado de forma fehaciente en el cumplimiento de las primeras fases del programa penitenciario.
  8. Penados, sin experiencia social delincuente, que entran por primera vez a cumplir privación de libertad y disponen de red pro social extrapenitenciaria.
  9. Personas con minusvalías, y deficiencias funcionales que voluntariamente quieran colaborar en programas de modificación de conducta.
  10. Enfermos médicos con patología dual, que requieran especial asistencia sanitaria.

Los centros de cumplimiento de penas están siempre en modificación. La disponibilidad de trabajo para los internos solo alcanza a una cuarta parte de los mismos y es muy variable en los distintos centros; el empleo de tiempo libre, el acceso a los programas terapéuticos y la participación de las familias de las organizaciones sociales es un reto en la vida de cada día.

La asistencia sanitaria debería estar gestionada por el Servicio Nacional de Salud, y existen múltiples pasos en la dirección de integrar la sanidad penitenciaria. La colaboración de algunos especialistas de hospitales públicos que prestan servicio en los centros de Aragón es un paso tímido, pero en la buena dirección. La fluidez de internos en los centros hacia los recursos sanitarios externos es un ejemplo posible de esta complementación de funciones. Las actividades formativas y los talleres son una realidad que hay que mejorar e implementar.

Continuamente Instituciones Penitenciarias pone en marcha nuevos programas de prestación de servicios, para deshabitación de drogas, para formar mediadores sanitarios, para mejorar la convivencia. Técnicas como la comunidad terapéutica el fomento de la individualidad y la toma de decisiones se van introduciendo en los centros de Aragón, pero la proporción de internos que tienen acceso a ellos debe seguir en aumento.

De los datos publicados en el informe de Caritas en 2009, resaltamos que la eficiencia de los recursos disponibles es mejorable. Sin entrar en una reiteración de lo ya descrito en ese estudio vamos a dar un paso

complementario para ver la misma realidad desde otros puntos de vista y poder enriquecer con nuevas conclusiones. Como botón de muestra tenemos:

*“Los índices de participación en actividades orientadas al tratamiento siguen siendo de manera preocupante bastante bajos debido fundamentalmente a la poca capacidad de estas actividades”.* Un 17,7% de la población penitenciaria de Aragón fue dada de alta en talleres productivos (lo cual no quiere decir que la actividad se desarrolle durante todo el año, ya que hay sucesión de altas y bajas); el 21,5 % de la población penitenciaria aragonesa ha participado en algún momento del 2007 en actividad ocupacional (actividades manuales no retribuidas), un 25,5%, de las personas presas de Aragón, ha sido dado de alta al menos una vez en algún momento del año 2007 en destinos no retribuidos (limpieza, apoyo sanitario...). Durante el curso 2006-2007 un 19,9% ha pasado, en algún momento del curso, por actividades de formación reglada y el 10,4% de los internos de Aragón ha estado inscrito en alguno de los cursos de INEM en el año 2007. Teniendo en cuenta como hemos dicho que al menos el 53% de la población penitenciaria aragonesa padece algún tipo de adicción, tan sólo el 11,4% participa en el Grupo de Ayuda a Drogodependientes de los centros penitenciarios, mientras que sólo el 5,1% ha participado en los Módulos Terapéuticos o Libre de Drogas.

Queda patente que, según los datos de los Centros Penitenciarios, *“tan sólo un 3% de la muestra estudiada, participa en actividades de ONGs, entidades sociales”.*

En nuestra Comunidad Autónoma de los 45.333 delitos y faltas cometidos en el año 2006 (18.904 delitos y 26.429 faltas), los delitos contra las personas representan el 8,7% del total de delitos y los delitos contra la libertad e indemnidad sexual representan sólo el 1,30% de los delitos, mientras que las faltas contra las personas representan el 16,49% de todas las faltas.

## **2.5. MEDIDAS PARA ENFERMOS CRÓNICOS.**

EL PROBLEMA DE LOS ENFERMOS CRÓNICOS QUE COMETEN DELITO puede en la mayoría de los casos ser asumido por el servicio sanitario de atención primaria del propio centro, pero siempre garantizando la continuidad de cuidados y tratamientos con los mismos estándares del resto de ciudadanos, y bajo la responsabilidad del servicio de asistencia sanitaria general del país.

Un caso especialmente problemático es el de los pacientes con enfermedades incurables que son excarcelados por razones humanitarias y los pacientes con deficiencias y minusvalías, que no van a adaptarse al tratamiento penitenciario y exigen unos recursos que son muy difíciles de mantener en las prisiones.

Cuando la enfermedad afecta a las funciones mentales se producen múltiples conflictos. El enfermo no va a ser capaz de comprender las normas y no las va a cumplir (sin mediar una voluntad transgresora). El nivel de conflictividad se

multiplica y la aceptación del resto de internos va a ser muy heterogénea, con lo que se produce una cadena de sufrimientos concatenada que habrá que afrontar.

Otro caso especial son aquellos pacientes diagnosticados de enfermedades ligadas al abuso de sustancias que no están motivados para el tratamiento, que generan tráfico de sustancias en los centros, que exigen aplicación de medidas de minimización de daños y que además en proporciones preocupantes han sufrido epidemias de transmisión de enfermedades infecciosas y que han generado la necesidad de grandes inversiones para su tratamiento.

Cuando se hospitaliza a pacientes como alternativa a su ingreso en prisión la evolución en el hospital es la esperada por su patología. El seguimiento posterior indica que tanto las visitas a urgencias, las rehospitalizaciones como la repetición de delitos, obedecen al patrón individual evolutivo y que se intercambian en el tiempo.

Los objetivos para evitar rehospitalizaciones y reingresos en prisión son comunes para pacientes diagnosticados de esquizofrenia independientemente de edad, intensidad, consumo de sustancias o nivel de funcionamiento global. El tratamiento fuera de prisión fue más eficaz.

## **2.6. MEDIDAS EN EL AÑO PREVIO A LA EXCARCELACIÓN**

El proceso de reintegración social va a depender directamente del grado y formas de desarraigo social que se presenten en la vida del individuo. Se presentan en los mismos individuos y familias, y por tanto son además dificultades acumuladas.

Cualquier periodo en prisión puede ser analizado por el impacto en la persona, en su grupo social próximo y el estigma que acarrea en el periodo posterior para encontrar trabajo, normalizar la prevención de muchas personas hacia el delincuente que ya cumplió su pena y ya está rehabilitado y por el miedo a nuevas formas de reincidencia.

La progresión en la salida, la preparación para la misma y el apoyo en los meses posteriores son clave cuando la condena es de más de dos años pero importante para todas las personas. Intervenir e informar a las familias de la necesidad de acogida, de continuidad de tratamiento de prevención de abuso de alcohol y drogas y de resolución de conflictos puede evitar nuevos reingresos.

Existen poblaciones sin arraigo familiar, que han perdido la seguridad y la compañía de los próximos y hay que enfocarles hacia otros recursos sociales específicos, individualizando al máximo la atención.

## **CAPÍTULO 3. RESUMEN DE DATOS**

El recorrido por el itinerario biográfico, lo vamos a realizar analizando distintos grupos de edad en distintos momentos vitales, analizando los factores de riesgo y sus posibilidades de modificación, considerando nuestros resultados como generalizables, y expresivos de los mecanismos fundamentales del proceso de la delincuencia en Aragón.

### **COMIENZO:**

Al igual que la mayoría de los trabajos publicados en el mundo, encontramos menores vulnerables, que llegan por primera vez al sistema judicial y nos indican las puertas de entrada más frecuentes. En el 2008, según el INE 387 menores fueron condenados en Aragón, de ellos 110 eran no nacidos en España. El 40% del total fueron condenados por más de un delito. Del total de infracciones los robos y las agresiones son el 90% de los casos. El 30% fueron faltas. Se dictaron 22 amonestaciones, 24 ingresos en centros cerrados, 76 en centros semiabiertos, 22 en centros terapéuticos y la mayoría fueron libertad vigilada y tareas al servicio de la comunidad. Los primeros grupos son mayoritariamente extranjeros, sin apoyo familiar y nos hemos centrado en los dos últimos grupos.

En los 30 últimos años el crecimiento de la delincuencia juvenil ha sido exponencial y se considera como un altavoz de los cambios sociales. Lamentablemente las medidas terapéuticas empleadas no son eficaces y una cifra muy alta (entre el 50 y el 90%), de los menores condenados a medidas de internamiento serán multireincidentes. Solo en 2008, hubo en Estados Unidos 2100000 arrestos de menores de 18 años. Representa el 12% de todas las detenciones y el 18% de los robos. El 52% del total son jóvenes de raza negra.

Dentro de los mecanismos invocados para estos datos y aplicables a Aragón, tenemos, la pérdida de soporte familiar, el abuso de drogas, el fracaso escolar y el cambio de la sociedad, que sustituye con estímulos materiales la carencia de valores pro sociales. Los grupos con menos recursos entran con mayor facilidad en el sistema penal.

### **3.1. SUJETOS DE RIESGO**

#### **A) Menores en conflicto:**

- Hemos analizado una muestra de 40 sujetos que antes de los 18 años, pasaron por medidas sancionadoras cumpliendo medidas judiciales en un centro psicopedagógico, dependiente del Centro de Solidaridad de Zaragoza en Zaragoza por presentar trastornos de conducta graves, con extensión de medidas de seguridad de varios años.

- El 50% de ellos se muestran colaboradores y en el momento de la evaluación no hay sospecha de vulnerabilidad para recaídas. Colaboran activamente con el tratamiento que incluye apoyo individual psicoeducativo, intervenciones grupales, orientación familiar y ocupación pro social del tiempo libre. Cumplen con las medidas de seguridad y podemos considerarlos como de buena evolución en todos los aspectos. Sólo una pequeña proporción (3 casos) comete nuevos delitos y acaba entrando en prisión. Existen datos de conflicto crónico, en el resto sin consecuencias legales.

- Proceden de todo tipo de familias, aunque el grupo de padres con buen nivel educativo y laboral es superior a la media de la población. No hay patología biográfica, ni adversidad y proceden de todos los barrios de Zaragoza. 7 de ellos de pueblos de la provincia

- Tres cuartas partes consumían tóxicos al ingreso y más de la mitad se muestran abstinentes tras dos años de intervención. Un 30% siguen consumiendo tóxicos y ha sido necesario mantener programas de deshabituación, aunque mantienen adherencia parcial al tratamiento dentro de una evolución desfavorable.

- Un 20 % son hijos de emigrantes, nacidos en España o bien educados desde niños, en centros españoles, bien integrados en nuestra cultura pero con mal rendimiento académico y dificultades de acceso al mercado laboral. Evidencian conflicto en la relación con sus familias de origen especialmente los procedentes del norte de África.

- Existe representación de todos los grupos sociales y las características más frecuentes son fracaso escolar consumo de drogas episódico, problemas en las relaciones familiares y afiliación con grupos disociales.

18 de estos jóvenes siguen tratamiento psiquiátrico con su especialista, de forma irregular y al menos tres de ellos han presentado síntomas psicóticos (doble de la frecuencia esperada para este grupo de edad). Sólo tres casos empezaron el tratamiento antes de cometer las faltas.

El 90% son varones y en conjunto la adaptación a las medidas de seguridad y tratamiento propuesto puede considerarse aceptable. En un 30% de casos hay evoluciones cambiantes y un 15% persisten en el delito.

Podríamos considerar como perfil favorable a la intervención precoz:

- Joven en situación de crisis personal, bien con inicio de patología psiquiátrica, o con dificultades de adaptación.
- Afiliación con grupos disociales.
- Consumo de tóxicos.
- Problemas escolares.
- Dificultad de apoyo familiar.

Sobre este perfil de buen pronóstico podemos estimar que entre 200 y 500 menores de 18 años podrían beneficiarse anualmente de intervenciones

preventivas protocolizadas, en colaboración con los centros educativos y los agentes sociales.

Claramente descartamos la imagen de minoría social desfavorecida, que aunque sigue existiendo representa cada vez mas una menor proporción de transgresiones normativas. Las nuevas formas de pobreza son el desconocimiento de la necesidad de tratamiento psiquiátrico, la afiliación a grupos disociales, el abuso de sustancias psicoactivas, unido tanto al problema en las relaciones familiares como con el sistema educativo.

Nuestra hipótesis es que sin estas medidas terapéuticas iniciadas antes de los 18 años y mantenidas en un promedio de 18 meses, la probabilidad de ingreso en prisión hubiese sido alta para al menos el 50% de los casos. La previsión es de continuidad terapéutica, de mayor conciencia de las consecuencias del delito y de un mejor uso de los recursos familiares y personales para adaptarse a la sociedad evitando el conflicto. Los datos confirman la plasticidad de este ciclo vital del desarrollo y la eficacia y eficiencia de medidas terapéuticas. La mejoría es social, personal, médica y judicial, de tal manera que es difícil distinguir qué factor contribuye más al resultado global.

#### B) Pacientes con trastornos mentales y conflicto social:

Este segundo grupo nos permite analizar la flexibilidad del proceso penal y la graduación de medidas en sujetos que necesitan tratamiento médico de forma prolongada en el tiempo, que no tienen conciencia de enfermedad y que por lo tanto no van a cumplir las prescripciones terapéuticas y que sabemos que acabarán entrando en prisión después de varios contactos con el sistema judicial.

Esta fuente de información se ha publicado en la literatura que procede de pacientes con enfermedades mentales crónicas que previamente han requerido ingresos hospitalarios involuntarios. En el medio anglosajón se han descrito tasas del 25% de ingresos en prisión en los años siguientes al tratamiento involuntario.

-Sobre una muestra aleatoria de 50 pacientes atendidos en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario Miguel Servet vemos que 42 ingresan por riesgo de agresividad o tras conflicto familiar, 6 por trastornos de conducta en la vía pública traídos por la policía y dos por otros motivos. El promedio de estancia fue de 21 días y sólo 22 siguieron en trámites legales, sin consecuencias penales. 11 iniciaron procesos de incapacitación. 33 de ellos tenían ingresos involuntarios previos.

-Requirieron medidas de contención 23 casos y se logró la colaboración activa en 35. Un 20% requirió medicación de depósito por falta de colaboración, pero no plantearon conflictos graves en la unidad de hospitalización. Todos realizaron salidas acompañadas antes de ser dados de alta y regresaron al hospital. En 11 casos no se logró apoyo familiar y fueron derivados a diversas formas de alojamiento. Su adaptación al tratamiento fue buena.

-El promedio de duración de sus enfermedades era de 13 años, con al menos cuatro episodios agudos previos, la mitad incumplían el tratamiento y se estipuló que su recaída lo fue por abandono del mismo.

- El perfil es de 40 años de edad media, con una desviación estándar de 12, con un 48% de mujeres y en el que 8 casos habían estado en prisión con anterioridad, por delitos ligados con agresiones y consumo de tóxicos. De los casos evaluados 8 eran emigrantes con episodios psicóticos sin apoyo familiar y con causas penales pendientes, en los que la continuidad terapéutica es muy difícil. Todos ellos cumplen criterios de psicosis, en sus distintos tipos con pérdida parcial del criterio de realidad y con buena evolución de sus síntomas en pocas semanas.

- 34 presentaron consumo agudo de tóxicos y en al menos la mitad existía un abuso crónico de alcohol y otra sustancia psicoactiva. En 15 de ellos se pautó tratamiento específico para un trastorno dual que contempla tanto la enfermedad psiquiátrica como el abuso de sustancias.

- En el hospital no presentan nuevos trastornos de conducta y son derivados a tratamiento ambulatorio con la hipótesis de que el 70% cumplirán las prescripciones terapéuticas. Esta condición marca la previsión de que disminuya la posibilidad de delinquir en el futuro y que por lo tanto no ingresen en prisión. La hipótesis razonable es que sin el seguimiento correcto, 10 de ellos al menos pasarían más de cinco años en la cárcel, y 15 seguirían otros procesos penales complejos. El problema se plantea en el 30% que no van a seguir en el sistema sanitario y que van a seguir provocando conflictos de carácter cada vez más grave.

Podremos intervenir:

- Aumentando el cumplimiento terapéutico y la adherencia de pacientes crónicos con ingresos obligatorios.
- Priorizando las intervenciones sanitarias precoces preventivas del delito.
- Disminuyendo el consumo de tóxicos en estos enfermos.
- Mejorando su calidad de vida para limitar la afiliación disocial.

c) Personas detenidas por la policía:

Hemos estudiado una muestra de 50 casos en el período inmediato de su detención evaluadas por el médico forense en el contexto de exámenes rutinarios propios del juzgado de guardia. Representan todo tipo de delitos, aunque las agresiones, los robos y la violencia doméstica son los capítulos más importantes. Tres de ellos se encontraban ya cumpliendo medidas de privación de libertad y cinco más ingresaron en la cárcel.

Lo que más llama la atención no es la adversidad, la pobreza o la marginalidad sino el consumo episódico o habitual de alcohol y sustancias, junto a la soledad y el desempleo. La mayoría no tienen conciencia de enfermedad ni han seguido tratamiento por este motivo.

Luego desarrollaremos el parámetro, actitud ante la detención como un signo sensible de adaptación positiva o negativa ante la situación. Una proporción importante de casos rechaza activamente la detención y muestra oposicionismo, que se relaciona con la existencia de psicopatología o bien un patrón de personalidad rígido que le hace más propenso al conflicto y con un peor pronóstico penal. Una de las aportaciones de nuestro trabajo como indicador pronóstico es la actitud de la persona en el momento de la detención. La sorpresa y la culpa junto con el deseo de resolver el daño causado en un primer momento van a ser un signo de buen pronóstico especialmente en delitos que no revisten gravedad para otras personas y por el contrario, la negación, la frialdad y el oposicionismo van a estar encuadrados en peor evolución personal, penal y médica.

Un 14% del total son mujeres. Es interesante ver que hasta un 8% de personas han tenido ingreso reciente en una unidad de psiquiatría y que un 4% estaban cumpliendo condena por otras causas en el momento de la evaluación. Como dato específico anotamos que solo un 24% tenían trabajo estable y que el 42% han trabajado sólo unos meses en los últimos tres años, este fenómeno lo veremos también en algunos aspectos de la población que cumple condenas.

La intervención psicopedagógica sobre el sujeto y el medio de convivencia en los primeros casos de detención es muy valiosa para evitar futuras complicaciones. El modelo de intervención en Aragón sería:

- Sensibilizar al detenido sobre las consecuencias en las víctimas.
- Ponerle en contacto con asociaciones de ayuda.
- Plantear el estado de su tratamiento médico.
- Controlar el abuso de sustancias, especialmente alcohol.

Informarle de la posibilidad de medidas de mediación, de enfrentamiento a conflictos.

### **3.2. POBLACIÓN PENITENCIARIA**

Hemos estudiado 588 sujetos remitidos a una consulta de psiquiatría del centro penitenciario de Daroca y que son evaluados con una entrevista psiquiátrica estructurada añadiendo un instrumento de 32 variables común con el resto de poblaciones de nuestro estudio. La consideramos una muestra naturalística, expresiva de subgrupos de pacientes y controles, con valor intrínseco y representativo de características clínicas, psicosociales y penitenciarias.

Necesitábamos una población con largos periodos de privación de libertad que presentara niveles altos de morbilidad psiquiátrica y que permitiera un estudio minucioso de aspectos clínicos y psicosociales. Por esto elegimos las derivaciones de un equipo de atención primaria al psiquiatra durante tres años, en el centro de Daroca, que tiene una menor movilidad que otros centros y en el que podremos analizar las múltiples interacciones entre personalidad

premórbida, factores de riesgo y mecanismos de acción del medio penitenciario sobre los internos.

No pretendemos que sea una muestra representativa de todos los internos de las prisiones de Aragón. Pero sí reproduce características de grupos concretos claramente generalizables y coincidentes con los trabajos publicados recientemente en Aragón. Nos permite analizar múltiples factores y mecanismos de la relación persona-prisión-delito-enfermedad-apoyo social. El 70% cumple criterios de alguna de las enfermedades psiquiátricas de la Clasificación de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud. El 50% del total entraron a prisión sin enfermedad y aparecieron en un 20%, síntomas de forma sobrevenida.

Una visión de conjunto muestra una media de 10,25 años de condena total, con 6,23 años de estancia cumplida en privación de libertad, una media de 32,7 años y que han iniciado su condena a los 26,5 años. El nivel medio de conflictividad es alto y llega a una media de 3,97 sobre 6.

#### A) POBLACIÓN CUMPLIENDO CONDENA POR PRIMERA VEZ

El 44% de la muestra cumple por primera vez una pena de prisión. El 70% por robos, el 20% por tráfico de drogas y el resto por delitos graves. Solo un tercio tiene su domicilio habitual en Aragón. El 42% entran antes de los 22 años. Uno de cada tres presenta adversidad psicosocial en la infancia, el nivel de escolaridad es significativamente menor que el de los reincidentes. 7 de cada 10 no han completado estudios primarios.

Sin embargo estas diferencias desaparecen cuando analizamos el grupo en relación con el tiempo permanecido en centros penitenciarios.

Podríamos destacar el perfil siguiente:

Menor de 22 años, sin apoyo familiar, con graves problemas previos, que no se ha adaptado al medio escolar, que se inicia con robos. Debe ser objeto de un plan de intervención intensivo, educativo, de apoyo psicosocial y de búsqueda de redes sociales que sirvan de antídoto frente a la adversidad antes de que adquiera un perfil de cronicidad en la transgresión.

#### B) POBLACIÓN EN PRISIÓN REINCIDENTE.

Lo más característico es la gravedad del delito y la acumulación de muchos años de condena en el 40% de los casos estudiados. El 50% refieren problemas con tráfico de drogas con consecuencias muy variadas. Han consumido drogas el 80%, con una edad media de inicio de 12 años. Han intentado tratamiento en varias ocasiones y 40 de ellos han participado en programas de minimización de daños con metadona. Un pequeño grupo estuvo en Comunidad terapéutica. Refieren seguir consumiendo en la actualidad el

23% Presentan contagio por enfermedades infecciosas crónicas el 19% del total.

El 30% entraron en prisión antes de los 22 años y de ellos uno de cada tres sufría adversidad, desapareciendo este factor en los ingresos penitenciarios más tardíos El 62% de la muestra tiene al menos estudios secundarios, pero esta proporción sube al 80% entre los que entraron a prisión después de los 30 años de edad.

La pasividad frente al medio, el intento de pasar desapercibido, junto a los estilos de vida predominantes, separan a los reincidentes. Esto se detecta en dos parámetros, la actitud ante la condena negativa y la falta de integración en actividades terapéuticas. Las dos variables son independientes de la biografía, la existencia de enfermedad y el resto de factores demográficos estudiados.

Las variables que actúan como diferenciadoras de buen nivel de adaptación y cumplimiento del tratamiento penitenciario en esta muestra son:

- Gravedad de la condena.
- Tiempo de ingreso en prisión previo a la entrevista.
- Edad de primer ingreso en centro penitenciario.
- Actitud personal, hacia la prisión, medida a través del índice de conflictividad.

### C) INFLUENCIA DE LA DURACIÓN DEL TIEMPO EN PRISIÓN

Los diversos análisis estadísticos realizados nos llevan a fragmentar esta población penitenciaria en varios grupos. En primer lugar según la duración de la condena y muy ligado a esto el tiempo que llevan ya privados de libertad.

a) Condenas de menos de dos años: Entre este grupo aparecen en nuestra muestra mayoritariamente los emigrantes. No hay relación entre factores biográficos, existencia de adversidad, patología mental y abuso de sustancias con la duración de condena, ni con los antecedentes penales. El tipo de delito tampoco se asocia a las variables analizadas.

b) El segundo grupo con condenas de media de 5 años, viene mayoritariamente unido al consumo de sustancias psicoactivas. Aquí hay 4 subpoblaciones. Enfermos consumidores, que tienen además un trastorno de personalidad y se encuentran en el sitio inoportuno en el momento inoportuno y cometen delitos. En segundo lugar personas reincidentes en conductas transgresoras que además consumen tóxicos y que presentan múltiples signos de adversidad y desarraigo. También aparecen emigrantes sin apoyo familiar que acumulan varios delitos y que presentan mayor dificultad de adaptación al medio penitenciario. El cuarto grupo son internos sin psicopatología ni trastorno de personalidad, y sin problemas de consumo de tóxicos.

c) Finalmente una minoría de internos acumulan las penas más largas. Aquí aparecen tres perfiles. Uno de ellos presenta, todo tipo de situaciones

negativas y además la motivación para el tratamiento es mínima. Lamentablemente suelen conocer bien el medio penitenciario y son los que muchas veces mejor controlan a los demás internos. La convivencia con ellos gira alrededor de mecanismos de control, de confrontación y de trasgresión. Marcan y condicionan el “ambiente penitenciario”, su efecto puede ser nocivo para el resto. Consumen la mayor parte de servicios y son candidatos a múltiples medidas disciplinarias y de seguridad. Siendo una minoría, destacan por su conflictividad y su control del medio.

El segundo subgrupo son enfermos con graves patologías psicóticas en los que ha fallado los tratamientos previos y tras múltiples años de evolución clínica cometen delitos subsidiarios de más de 8 años de internamiento penitenciario. Finalmente una miscelánea que obedece a múltiples factores, en la que el consumo de drogas actúa de complicación o espoleta desencadenante del delito, sin existir una conciencia clara de la necesidad del tratamiento.

#### D) ITINERARIOS PENALES

Encontramos un perfil de delito diferente, pero también una estructura psicosocial, un apoyo familiar y unas posibilidades de recuperación mucho más elevadas cuando agrupamos internos no por su edad, sino por su itinerario penal.

La edad de ingreso en prisión será uno de los marcadores de mal pronóstico porque no solo explica la probabilidad de reincidencia sino que se asocia con la mayoría de los factores de riesgo estudiados. Veremos que esto se repite en todos los grupos.

El consumo de drogas, el oposicionismo y la falta de red social de apoyo serán los factores que expliquen la conflictividad y la falta de adaptación al tratamiento penitenciario.

El papel que la enfermedad mental juega en la evolución de cada caso va a estar condicionado por la adherencia al tratamiento y por el tipo de apoyo extrapenitenciario que disponga cada paciente. Nosotros hemos distinguido, los pacientes con patología psicótica, las alteraciones de conducta en general que engloban los trastornos de control de impulsos, el déficit de atención y el oposicionismo o dificultad normativa y el resto de psicopatología. Los perfiles de riesgo y evolutivos son totalmente diferentes.

Si analizamos los datos en cuatro grupos homogéneos, según el número de años de condena total o el número de años que llevan los internos privados de libertad tenemos:

- a) Condenas de menos de 3 años: Sólo un 12% han presentado conflictividad media, y ninguno alta, el 50% de ellos con retraso mental leve y el resto con trastornos de personalidad.
- b) Condenas entre 3 y 6 años la conflictividad sube al 22%, la presencia de trastornos de personalidad, al 30%.

- c) Condenas de 7 a 13 años: La conflictividad sube a 36%. Los trastornos de personalidad al 40%.
- d) Condenas de 14 y más años. La conflictividad sube a 66% y la presencia de trastornos de personalidad es del 70%.

El 40% empieza sus condenas antes de los 22 años y este hecho se asocia con especial fuerza en la cadena de riesgos de gravedad en la comisión del delito, en la dificultad para seguir el tratamiento penitenciario y en el mayor riesgo para consumir drogas, padecer enfermedad mental y no seguir los tratamientos médicos.

Podríamos explicar este fenómeno como una adaptación negativa del cerebro en el neurodesarrollo, que se inmuniza frente al delito y la prisión y se contagia de una cadena de situaciones negativas que por un lado dispara la vulnerabilidad a enfermedades graves, y que a través del trastorno de personalidad y el consumo de drogas genera una espiral que posteriormente será muy difícil de parar.

#### D) POSIBILIDADES DE TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO

A una submuestra de 200 casos se le ofreció la posibilidad de tratamiento médico durante un año y fue posible en el 60% de los casos, lográndose una disminución de psicofármacos, una mayor integración en actividades ocupacionales y una reducción de la conflictividad.

El consumo activo de drogas, discrimina el grupo de reincidentes de mal pronóstico. La paradoja la encontramos en el hecho de que al menos un 26% de estos último sí son capaces de colaborar en el tratamiento médico propuesto.

Existen datos para pensar que la estancia previa en prisión, puede provocar mecanismos de resistencia frente al tratamiento y una sumisión al ambiente impuesto por internos nocivos, que hace que las personas en los primeros ingresos sean más permeables y más próximas a aprovechar la rehabilitación penitenciaria. Un segundo motivo es el mismo hecho de la reincidencia, aquéllos que no han seguido un proceso de reinserción recaen y entran en una dinámica, que podríamos asimilar a otras situaciones sociales, como la repetición de curso en los alumnos, o los intentos fallidos reiterados de obtener una capacitación. No es la repetición ni el número de veces que se enfrenta un sujeto a una tarea sino la conjunción entre motivación y tipo de instrumentos de aprendizaje que se le ofrecen. Aquí debemos destacar la necesidad de adaptar la estancia en prisión a estos dos parámetros: Por un lado conseguir una actitud, motivación y sensibilidad para conseguir la rehabilitación y por otro la necesidad de adaptar algunas normas, y algunos criterios de acceso a las actividades en función de la capacidad de cada sujeto. Al igual que existen módulos con programas de vida diferentes, dentro de algunos módulos habrá que pensar en las alternativas, iniciativas y estímulos que se pueden añadir.

La disminución de psicofármacos es posible: Un 18% de pacientes que tomaban metadona, lograron reducir la cantidad consumida en un año. Otro 36% de pacientes disminuyeron las benzodiazepinas en el mismo periodo. El seguimiento general de las citas en consulta fue cercano al 80%.

### E) POBLACIÓN DIAGNOSTICADA DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Analizando este dato vemos que la psicopatología hace que sean los trastornos de personalidad los que más recursos consumen, los que generan menor aprovechamiento de las posibilidades terapéuticas y los que requieren un abordaje singular. La enfermedad mental con psicosis complicada con abuso de sustancias se acompaña de un peor pronóstico y de una prolongación de delitos y condenas.

La cadena de adversidad para algunos empieza en la infancia, en las instituciones de menores y en el fracaso académico, sin embargo para otros serán las drogas, la falta de trabajo y la afiliación a grupos delincuentes lo que marcará su itinerario penitenciario. Desarrollar estrategias de adaptación sana es el reto que planteamos, en cada fase del internamiento, intentando adecuar las necesidades de cada interno a los medios disponibles y rompiendo una cadena impuesta por la inercia carcelaria, que para muchos internos va a ser muy desfavorable.

Las condenas más largas se agrupan en los diagnósticos de Personalidad disocial (70% más de 8 años) seguidos del trastorno límite y de los retrasos mentales (50% con más de 8 años).

El nivel de conflictividad se explica por el tipo de diagnóstico de personalidad, la duración de la condena y el número de años que cada sujeto está privado de libertad, en el sentido de máxima conflictividad en disociales y límites, y progresivamente menor en el resto de los grupos.

El 50% de los conflictos serios se agrupan en el 25% de internos que llevan más de 8 años en prisión, existiendo una relación directamente proporcional entre las dos variables, siendo el trastorno de personalidad una variable que contribuye fundamentalmente a este hecho con más del 50% de la varianza.

### **3.3. LA SALIDA DE PRISIÓN. PROCESOS DE CAMBIO**

¿Es posible lograr reintegración social e inmunización para nuevos delitos?  
¿Qué factores debemos considerar entre los internos que realizan su primer periodo de cumplimiento, frente a los reincidentes?

Los datos que hemos resumido son optimistas. A prisión se llega después de múltiples circunstancias y por caminos muy diferentes. La motivación para cambiar, y la actitud ante los instrumentos disponibles en el día a día son los

mejores indicadores de buen pronóstico. Al igual que el cierre histórico de los hospitales psiquiátricos, de los internados y de las instituciones asilares, nos ha enseñado cómo responde el cerebro ante las normas rígidas de vida colectiva, tenemos que seguir estudiando la necesidad de estimulación selectiva en las prisiones. Cambian las condiciones de trabajo en las cadenas de producción, cambian las condiciones de vida en los cuarteles, cambia en general la sociedad. Cambia también la vida familiar y el sistema de interacciones en los núcleos de convivencia. Muchas residencias de ancianos se organizan en pequeños núcleos, en apartamentos, en grupos afines. De fondo, el hilo conductor de todos estos hechos es la necesidad de individuación. El mantener la singularidad de ser persona. Todo lo que permita conseguir respuestas individuales debe ser considerado; vemos que esto aplica tanto a la vida dentro de la prisión como a las relaciones con el medio exterior, sobre todo con la familia y con los equipos de voluntarios.

Además de la motivación, la aplicación de tratamientos ligados a la actividad, fomentar la iniciativa y la integración en los tratamientos disponibles. Todo esto disminuirá la conflictividad y la reincidencia.

Podemos afirmar que en Aragón tenemos un alto grado de preocupación y de buena práctica profesional, social y humana en el tratamiento del delito y en concreto del delincuente.

Las personas cumpliendo penas de privación de libertad tienen un perfil cada vez más heterogéneo. Persiste un grupo, cada vez más pequeño, de internos reincidentes que acumulan condenas de muchos años, con graves problemas familiares, estancias previas en instituciones y fracaso en muchos aspectos del desarrollo. Pero la transgresión de normas está en plena transformación al igual que ocurre en los países de nuestro entorno. Los nuevos perfiles organizados de delitos en contra de la propiedad privada, las agresiones, las infracciones de tráfico, la violencia doméstica, y en especial los trastornos de conducta ligados al consumo de alcohol y sustancias psicoactivas. Entre un 10 y un 15% del total de internos sufren enfermedades crónicas mentales y una pequeña proporción deberá cumplir medidas de seguridad fuera del medio penitenciario. Los grupos marginales, son ya un residuo, de realidades históricamente ya definidas pero que se encuentran ante nuevas alternativas de rehabilitación y recuperación.

Suscribiendo las teorías de transformación social del estado democrático, que prima la libertad y los derechos individuales, creemos que las instituciones públicas deben ejercer una política de prestación de servicios a los grupos humanos menos favorecidos en las líneas fundamentales siguientes:

1. Apoyo a las familias en situación de crisis, especialmente a aquellas donde hay historia de delincuencia y trasgresión.
2. Apoyo a los alumnos con riesgo de exclusión especialmente a aquellos que además de su mal rendimiento académico, asocian trastornos de conducta disocial antes de los 14 años.
3. Dedicar más recursos a episodios precoces de las enfermedades mentales, para prevenir las complicaciones, la comorbilidad y la encronización de

síntomas. Especialmente las psicosis y los trastornos de conducta deben ser prioritarios en psiquiatría infantil.

4. Sensibilizar a la sociedad en conocer y promover respuesta para prevenir y afrontar la existencia del delito, sus causas y sus consecuencias.
5. Movilizar una conciencia social de reacción positiva ante el delito. Cambiar la actitud de las personas, despertando sus mecanismos de adaptación favorable, a través de justicia restaurativa, de mediación y de búsqueda individualizada de respuestas a los problemas. También en el ámbito penal, especialmente en los primeros delitos y en personas sin antecedentes familiares y sociales de trasgresión.
6. Potenciar recursos de prevención y tratamiento de los problemas ligados al abuso de sustancias.
7. Apoyo a las Instituciones penitenciarias en programas alternativos al cumplimiento en prisión, a través de ONG de apoyo.
8. Desarrollar un concepto de actitud y conducta eficiente que permita un mejor uso y acceso a los servicios existentes para personas inmersas en un proceso penal.
9. Crear conciencia social de reintegración y de aceptación tras el cumplimiento de las condenas.
10. Individualizar en lo posible las respuestas ante el delito.
11. Fomentar la prevención y la rehabilitación desde el primer momento del proceso penal.
12. Facilitar la información entre las instituciones, de justicia, de apoyo social, sanitarias y de conciencia social en el ámbito del cumplimiento de penas.
13. Potenciar recursos para cumplimientos penales fuera de prisión.
14. Garantizar la continuidad de cuidados para cambiar los itinerarios penales de los presos que tienen mayor riesgo de reincidir.

La POBREZA solo explica una proporción menor de un quinto del total de ingresos. Cada vez más son formas de pobreza fuera del ámbito económico, y ligadas a la exclusión social, la dificultad en el acceso a servicios sanitarios y la incapacidad de cumplir las normas sociales, lo que podemos definir como nuevas pobreza que abocan al ámbito penal.

Las enfermedades ligadas al consumo de DROGA (Substancias psicoactivas) son el capítulo más complejo y difícil de afrontar. La función del Profesional será definir su importancia en el delito en la estructura de la personalidad del sujeto, su interacción con otras enfermedades y la motivación y capacidad para aprovechar los recursos terapéuticos disponibles. La historia natural de estas enfermedades nos enseña que los consumos de drogas son recurrentes y que hay que volver a aplicar los tratamientos tantas veces como sea necesario. La colaboración de grupos de autoayuda y de organizaciones fuera de Instituciones Penitenciarias, es de ayuda insustituible. Sin embargo una proporción de personas que consumen alcohol y drogas ilegales no van a colaborar ni son candidatas a permanecer abstinentes, por lo que las medidas de control del tráfico y uso de las mismas deben ser consideradas como prioritarias. Los fenómenos de contagio dentro del medio penitenciario en este campo son tan complejos que todas las alternativas publicadas tienen elementos aprovechables y es cada grupo de trabajo el que debe diseñar e

individualizar los programas de tratamiento en cada centro y para cada paciente.

La EMIGRACIÓN va camino de convertirse en una de las prioridades. Hemos definido dos grupos, con necesidades totalmente diferentes. Los que tienen apoyo familiar en el que la minimización de daños será el objetivo fundamental, la imposición de medidas alternativas y la limitación de tiempos prolongados privados de libertad. El otro grupo es más complejo y serán los tratamientos médicos y las ayudas en formas de organizaciones que reconstruyan la red social de la que carecen la estrategia de prevención de recaídas y recuperación de cada persona, teniendo en cuenta sus condicionantes culturales, y biográficos.

La MARGINALIDAD ya no debe afectar al 100% de la población penitenciaria, en la medida en que exista una conciencia social de que todos podemos ser una parte de la solución a este problema. Los nuevos delitos y el flujo de información será la clave de una política moderna y eficaz de acción social contra el delito y de progreso de la sociedad. Sin lugar a dudas el estigma, los períodos largos de privación de libertad, el tipo de subcultura delincuente siempre existirá en las distintas sociedades aunque algunos de sus aspectos formales evolucionen. En la medida en que la convivencia con otras formas de cumplir las penas ayude a minimizar este grupo iremos por buen camino.

ADVERSIDAD PSICOSOCIAL. Cada vez explica menos casos de penados y más bien en nuestros datos la vemos como un elemento más de personas que no saben o no pueden acceder a los servicios que en cada momento necesitan. La teoría de la salud moderna se basa en la adaptación y la capacidad de afrontamiento; frente a ella, la teoría de la beneficencia se basa en la suplencia paternalista de lo que uno no consigue. Quizás un intermedio de las dos fórmulas ser el camino a recorrer a corto plazo.

## RESUMEN DE LOS DATOS PRESENTADOS

1. Aumento de personas en paro en el juzgado de guardia y sin profesión conocida o sin historia laboral en los cumplimientos de más de 5 años de prisión.
2. La necesidad de afrontar los delitos mediados por el alcohol y las drogas a través de campañas de información que sensibilicen a la población de que es un problema de todos y en el que aquéllos que muestren signos de colaboración y tratamiento deben ser considerados para derivar a instituciones terapéuticas.
3. Urgente necesidad de Instituciones médico forenses para al menos un 5% del total de presos en Aragón: (75), centradas en el tratamiento más que en la seguridad, tal y como existen en países de nuestro entorno.
4. Atención a largo plazo y en colaboración con servicios sociales, sanitarios y penitenciarios en el seguimiento de las personas que cometen los primeros delitos.

5. La conflictividad medida como número de sanciones y expedientes regimentales ligada al consumo de sustancias y al mal seguimiento del tratamiento de enfermedades crónicas, con el aumento de costes y la pérdida de posibilidades de recuperación.
6. Necesidad de aumentar el número de plazas en los módulos terapéuticos y establecer enlaces con las instituciones extrapenitenciarias de rehabilitación y reinserción social.
7. Una mayor preocupación y presencia de la sociedad civil en el conocimiento de las causas y consecuencias del delito, que nos haga utilizar los recursos de la comunidad en acciones positivas de prevención y minimización del daño ligado a la existencia del delito.
8. Programas de atención a emigrantes sin apoyo familiar.
9. Promover ocupación, tutelada en la salida de prisión especialmente tras más de tres años de condena al igual que ya existe en programas de menores de 25 años.
10. Promover la comunicación entre organismos para evitar duplicidad de medidas y mejorar la eficiencia en la prestación de medidas terapéuticas.
11. Aumentar los recursos de las clínicas médico-forenses para realizar seguimientos de delincuentes en las últimas fases de su condena, en colaboración con el SALUD.

## CAPÍTULO 4. REINSERCIÓN Y ALTERNATIVAS AL INGRESO EN PRISIÓN EN ARAGÓN. VISIÓN JUDICIAL

### 4.1. INTRODUCCIÓN

En el sistema penal español, tras la promulgación del Código Penal de 1995 y un período de aplicación de 15 años, existe la impresión de que el fin de resocialización, rehabilitación y reinserción (Art. 25 CE) de los penados se consigue en muy pocos casos. Por tanto, la preocupación de los jueces y de la administración de justicia, en general, se centra en buscar sistemas alternativos a la prisión en una serie de supuestos menos graves y en otros, en los que por la gravedad de los delitos no pueda evitarse el ingreso en prisión, el tiempo de encarcelamiento ha de ser aprovechado por el condenado, para que adquiera unas habilidades y formas de enfrentar la libertad que no tenía y le permitan reincorporarse a la sociedad con posibilidades de éxito o, al menos, con opciones para no volver a ingresar en un centro penitenciario.

En los ámbitos judiciales sigue llamando la atención la excesiva reforma legislativa penal existente, a pesar de contar con un Código Penal nuevo de 1995, que ha sido modificado sucesivamente de forma tan importante, que parece tan antiguo como el CP de 1973. La constante respuesta penal a conductas sociales que podrían encuadrarse en el ámbito civil, administrativo, social, etc. hace que quiebren los principios de intervención mínima y última ratio del Derecho penal. Según el primero, el derecho penal interviene sólo para la protección de aquellos bienes jurídicos que colectivamente se entienden como esenciales - la vida, la libertad, la intimidad, etc.- y en aquellos ataques que pueden calificarse de verdaderamente graves. Por el principio de "ultima ratio" sólo se recurre a la vía penal cuando no sea posible la utilización de otros instrumentos, de carácter social, jurídico, civil o administrativo. Las últimas reformas penales contradicen ambos principios y es incomprensible la cada vez más frecuente utilización del Derecho penal para intentar solucionar problemas que deberían acometerse desde políticas educativas, de promoción de la vivienda protegida, laborales, protección civil de la propiedad intelectual, etc.

En este informe sobre las necesidades asistenciales de la población penitenciaria en Aragón, la valoración desde una perspectiva judicial ha de centrarse en cuatro tipos de penados:

**1.- Condenados primarios o noveles**, que han cometido delitos: contra el patrimonio, contra la seguridad del tráfico, la violencia de género.

El sistema penal y penitenciario ha de poder ofrecerle medidas alternativas a la prisión, a saber, aplicando la suspensión condicional de la pena, su sustitución, trabajos en beneficio de la comunidad, asistencias a programas de desintoxicación, de seguridad vial, etc.; y en delitos menos graves o faltas, dar entrada a la **MEDIACIÓN PENAL** y a la justicia restaurativa que considera que el proceso penal debería tender a la reconciliación de las partes implicadas por

medio de la reparación de todas las heridas causadas por el delito, facilitando la participación activa de las víctimas, de los infractores y de las comunidades.

**2.- Condenados no habituales**, a los que la prisión nada les aporta, pero que su conducta conlleva varios años de prisión- alternativa la **MEDIACIÓN PENAL** y medidas de seguridad.

**3.- Condenados habituales** con varios ingresos carcelarios y una problemática mental:

- Toxicómanos y drogodependientes, alcohólicos crónicos, enfermos mentales y semiimputables.

**4.- Condenados al salir de prisión.** Aplicación de la **CONDENA CONDICIONAL** y otras medidas de integración en la sociedad.

#### **4.2. TIPO 1. CONDENADOS PRIMARIOS O NOVELES**

##### MEDIDAS ALTERNATIVAS A LA PRISIÓN.

En este tipo de delincuente primario, sin antecedentes penales, (al margen de la suspensión de la pena) las medidas alternativas a prisión son uno de los elementos fundamentales de nuestro sistema penal y penitenciario, ya que el régimen carcelario no reinserta, como lo demuestra la experiencia, lo que exigiría un cambio legislativo sustancial en figuras como la suspensión de la condena, su sustitución y los trabajos en beneficio de la comunidad e incluso sería interesante el sistema anglosajón de la “probation”, es decir dejar en suspenso la celebración del juicio y someterles a programas educativos, en general. En este estudio apostamos por la aplicación práctica y generalizada de los trabajos en beneficio de la comunidad.

##### LOS TRABAJOS EN BENEFICIO DE LA COMUNIDAD.

Desde hace un año los Centros Penitenciarios de Aragón, siguiendo instrucciones generales de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias para todo el Estado español, y dado el importante número de retrasos en la aplicación de las medidas de trabajos en beneficio de la comunidad, justificado a su vez por el incremento de conductas tipificadas como falta o delito (seguridad del tráfico, principalmente), procedieron a solicitar de las entidades sociales la colaboración de las mismas en la aplicación de dichas medidas.

Estas penas se regulan por el RD 515/2005, de 6 de mayo del Ministerio del Interior, que establece las circunstancias de ejecución de las penas de trabajos en beneficio de la comunidad y de localización permanente, de determinadas medidas de seguridad, así como de la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad. Pero su problemática aplicación práctica ha provocado una reciente modificación por RD 1849/2009, de 4 de diciembre porque la

generalización del recurso a esta pena no ha venido acompañada de la necesaria oferta de puestos de trabajo para su realización. Se modifican las Instituciones obligadas a facilitar los trabajos y exige la colaboración activa de las administraciones locales y autonómicas. Se incluye la realización de talleres de actividades en materia de seguridad vial. La modificación atiende a la necesidad de utilizar unos recursos ya existentes de utilidad pública, de similar naturaleza en su finalidad reparadora al delito cometido por el penado.

**Los TBC no deben perder el carácter educativo, reparador y reinsertador de la pena (Art.25 CE).** La asociación, sin ánimo de lucro ¿Hablamos? junto con varias asociaciones propusieron a Instituciones Penitenciarias un convenio de colaboración en la aplicación de las TBC basado en:

- la coordinación entre IIPP y las ONGs.
- la consideración de todo TBC como una medida principalmente educativa y subsidiariamente reparadora; esto es, el fin primordial de los TBC no es reparar a la comunidad sino cubrir y educar para que las carencias sociales, educacionales, afectivas, etc. que el delito hubiera puesto de manifiesto, sean corregidas o ayuden a corregir por parte de la persona infractora: Porque si el fin fuera la reparación a la comunidad, entonces dará igual que en un delito de seguridad vial la persona infractora cumpla su alternativa en prisión o en un centro que nada le enseñará y nada aprenderá para la corrección de esa conducta lesiva.
- Considerando los TBC como medida orientada a la reinserción y reeducación tiene que haber ineludiblemente unos criterios en su aplicación:
  - Definición de un perfil de puesto por parte de las ONGs con indicación de delitos o faltas susceptibles de ser tratados en su sede, así como de habilidades que se pueden trabajar desde el puesto para la reeducación y reinserción.
  - Derivación por parte del Juzgado, previa consulta a la entidad, ajuste al perfil definido en el puesto, y siempre dicha derivación no será efectiva en tanto no sea entrevistada la persona por la propia entidad.
  - Indicación de conductas a aprender o a trabajar.
  - Coordinación de IIPP con la entidad, y seguimiento del proceso.
  - Valoración final del proceso que se remitirá a IIPP y al Juzgado para su estimación.

El Convenio o acuerdo de colaboración presentado por varias entidades sociales a IIPP en abril de 2009 contiene las siguientes premisas:

- Compromiso de Instituciones Penitenciarias.
- Compromiso de las Entidades Colaboradoras.
- Funciones de la Plataforma integrada por las Entidades Colaboradoras.

El Convenio desarrolla los compromisos de cada parte interviniente, de la siguiente manera:

#### **Compromiso de Instituciones Penitenciarias:**

- Las plazas que se ofertarán serán según propuesta presentada y aprobada por la Entidades Colaboradoras.
- Se creará un Protocolo de actuación de IIPP de TBC, que se pondrá a disposición de la Plataforma de las Entidades colaboradoras.
- Facilitar la información previa sobre la persona propuesta para cubrir el puesto ofertado, sobre todo a lo que se refiere a su capacidad laboral, hecho infractor y otras circunstancias con consentimiento de la persona derivada.
- Instituciones Penitenciarias designará personal responsable de seguimiento de la persona que realiza los TBC y de coordinación con las Entidades Sociales y asumirá el seguimiento y control del sometimiento a las medidas impuestas, informando al juez de vigilancia penitenciaria de las incidencias que surjan si fuera necesario.
- Establecerán una cantidad anual que posibilite hacer frente a la mayoría de los gastos que se realicen con esta actividad que será entregada a cada Entidad, en función de las jornadas realizadas, teniendo en cuenta el coste de personal y la dedicación horaria que éstos inviertan en la persona que realiza servicios comunitarios, así como el pago correspondiente, a efectos de contingencias de accidentes de trabajo y enfermedad profesional (RD782/2001, arts. 22 y 23) y cobertura con una póliza de seguro privado.
- Se establecerá una cantidad que se entregará a las Entidades al iniciar la medida para poder cubrir los gastos necesarios para poder enmarcar el proceso de trabajo.
- Gestión de alta, pago y baja en la Seguridad Social.

#### **Compromiso de las Entidades Colaboradoras:**

- Siendo un Convenio Marco, cada Asociación podrá adherirse explícita y nominalmente al Programa.

- Facilitar con flexibilidad el número de puestos de trabajo, de acuerdo a sus necesidades, especificando condiciones, horarios, cometido y funciones a desempeñar. El trabajo que realice no es retribuido y no se derivan obligaciones propias de un contrato laboral.
- Asegurar la cobertura con una póliza de seguro privado para garantizar consecuencias económicas derivadas de su responsabilidad civil, que pueda corresponder directa, solidaria o subsidiariamente al asegurado por los daños a terceros.
- Poner en conocimiento del responsable en IIPP cualquier incidencia que ocurriera.
- Compromiso de realizar un tratamiento individualizado y específico.
- Respetar las características de la jornada de trabajo, que no podrá ser superior a ocho horas diarias y tendrá que respetar tanto las cargas personales o familiares del penado como sus circunstancias laborales.
- Cada EECC podrá establecer sus propias condiciones en cuanto al tipo de usuarios que van a poder realizar los TBC en la misma.
- La Plataforma realizará un trabajo de recogida de datos y evaluación de procesos que se están llevando desde las entidades.
- Se designará un responsable en cada entidad, que se encargará del seguimiento de los TBC y de la coordinación con el personal responsable designado por IIPP para estos servicios, así como la coordinación con el resto de representantes de las demás entidades integrantes de la Plataforma.

### **Funciones de la Plataforma:**

La Plataforma estaría integrada por las EECC para los TBC y se comprometen a cumplir los compromisos referenciados en el Convenio Marco.

Los responsables designados por cada entidad se comprometen a asistir a las reuniones mensuales de la Plataforma donde trabajarán en pos de conseguir los siguientes objetivos:

- Recoger toda la información posible sobre el desarrollo de los TBC.
- Investigar sobre los fracasos y éxitos de los procesos.
- Estudiar propuestas para la mejora del servicio y fomentar la comunicación entre entidades para resolver consultas.

- Estudiar las deficiencias y carencias, como red de Entidades, para proponer las posibles soluciones.
- Promover la coordinación entre Entidades.
- Que la Plataforma además de sus funciones de consulta e información, sea el órgano de representación ante IIPP.

Con la modificación planteada por **RD 1849/2009 de 4 de Diciembre**, debemos apostar porque las Administraciones autonómicas y locales junto con ONGs y asociaciones sin ánimo de lucro planteen actuaciones concretas, sobre todo en el ámbito de las condenas por “violencia vial” con talleres de actividades en materia de seguridad vial organizados por las autoridades correspondientes, como el Fiscal Coordinador Nacional D. Bartolomé Vargas ha solicitado en múltiples comparecencias públicas.

Asimismo, como el penado podrá proponer un trabajo concreto que será valorado, en previo informe por la Administración Penitenciaria y aprobado, si procede por el Juez de Vigilancia Penitenciaria, sería interesante hacer un mayor uso de esta toma de iniciativa.

En todo caso, su finalidad ha de ser educativa y en ningún caso plazas de trabajo ocultas porque sería una perversión del sistema. Han de funcionar como ayuda a los principios de prevención general y especial.

#### **4.3. TIPO 2. CONDENADOS NO HABITUALES PERO REINCIDENTES**

En función de las últimas reformas penales (seguridad vial, seguridad laboral, usurpación pacífica de inmuebles, contra la propiedad intelectual, etc.) nos encontramos con que a una serie de condenados, alguno de los cuáles ya no es primario, no se le puede volver a conceder el beneficio de la suspensión de la pena; su ingreso en prisión no les aporta nada y tampoco retribuye a la sociedad. En estos supuestos debemos potenciar desde todos los ámbitos posibles la **MEDIACIÓN PENAL**.

Existen experiencias en Cataluña, País Vasco, Consejo General del Poder Judicial que llevan años intentando introducir la mediación penal en nuestro sistema penal y penitenciario, pero dejando atrás la fase de experiencias pilotos para llevar al BOE la Ley de Mediación Penal en España, con los principios de la justicia restaurativa y situándola como una **tercera vía** entre el modelo de justicia retributiva más centrada en la figura del crimen-castigo y el modelo de la justicia rehabilitadora dirigida a la recuperación y la reintegración del delincuente en la sociedad.

La justicia **restitutiva** contempla en el delincuente la asunción de la responsabilidad y de las consecuencias de sus acciones y perjuicios a la víctima, haciendo copartícipe a ésta en la comunicación respecto a la reparación y la restitución.

Utilizar la mediación en el ámbito judicial supone un cambio de cultura, tanto de la sociedad como de los profesionales que intervienen en el sistema judicial.

Las instituciones sociales, como la familia, la escuela o la comunidad, han perdido la capacidad para controlar los conflictos y han delegado en el sistema judicial penal la responsabilidad de imponer castigos; pero el sistema judicial ha ido a su vez generando que las víctimas se sientan doblemente víctimas, frustradas, impotentes y atemorizadas y que el autor del delito esté lejos de ser rehabilitado o reeducado. Hace falta devolver a la sociedad su responsabilidad de resolver el conflicto. La mediación lo permite de varios modos:

**A la víctima:** le hace participar activamente y de forma voluntaria en la resolución del conflicto que le afecta, siempre dentro de las posibilidades. Sin olvidar las diferentes características de delitos que recoge el ámbito penal, le permite ser reparada de los daños y perjuicios sufridos y la recuperación de la tranquilidad personal.

**Al encausado:** le facilita la concienciación y el responsabilizarse de las propias acciones y consecuencias, así como la posibilidad de entender el delito y obtener beneficios previstos en el Código Penal.

**A la justicia:** le proporciona una nueva concepción, nuevas formas de respuesta penal con sentido educativo, promoviendo actitudes hacia la responsabilización y la reparación; le permite asimismo aplicar la atenuación o la sustitución de la pena, en aplicación del Código Penal.

**A la sociedad:** le da a conocer otras formas de reacción de la justicia, acercándola a los ciudadanos, promoviendo nuevas formas para la resolución de conflictos y la prevención ante la repetición de los mismos o la aparición de otros nuevos; puede facilitar una disminución de la conflictividad social.

La mediación es una técnica moderna de respuesta frente al fenómeno criminal que trata fundamentalmente de resolver el conflicto devolviendo el papel principal a quienes han sido sus más directos protagonistas.

Hay que dejar claro, desde un principio, que la actividad mediadora y su fruto, la conciliación, no puede pretender erigirse en alternativa global al sistema penal en sí, sino que se integra en el conjunto de los instrumentos de control y reacción frente a la criminalidad. Es de aquellos instrumentos que se activan con posterioridad a la aparición de la conducta desviada subsumible en el tipo penal. Para que surta efectos ha de revestir una forma que la haga jurídicamente reconocible por el sistema legal y ha de adaptarse a los límites y condiciones marcados por la ley.

### **Experiencia de la mediación penal en España.**

En España, desde el año 1990 a la actualidad, el Departamento de Justicia de la Generalitat de Cataluña, viene desarrollando el Programa de Mediación-Reparación en justicia juvenil. En noviembre de 1998 se inició, al amparo del

Departamento, una experiencia piloto en el ámbito de la justicia penal de adultos, experiencia que pasó a consolidarse con la creación permanente del Servicio de Mediación Penal, ubicado en la sede de los juzgados de instrucción y de lo penal de Barcelona y con delegaciones en todas las demás provincias catalanas.

Dicho servicio está atendido por licenciados en derecho, psicólogos, educadores con formación específica como mediadores y amplia experiencia.

El Consejo General del Poder Judicial ha publicado los datos del primer semestre de 2009 sobre expedientes de mediación penal por CCAA, destacando País Vasco con 397 y Cataluña con 379, representado el 90 % de toda España. En la Comunidad Autónoma de Aragón los Juzgados de Instrucción que ofrecen Mediación Penal son el Juzgado de Instrucción nº 4 de Zaragoza y, desde hace poco tiempo, el Juzgado de Instrucción nº 9 de Zaragoza. Se debería acometer un impulso inmediato con la colaboración de la Administración Autonómica y de los Juzgados.

El **programa de mediación** puede iniciarse a solicitud de los propios interesados, víctima o infractor, o de los propios operadores del sistema de justicia penal: jueces o tribunales, fiscales, abogados, policía, equipos de atención a la víctima, etc.

El mediador ha de valorar si hay realmente un conflicto, si la mediación puede resultar contraproducente para alguna parte, si hay voluntad de reparar y de ser reparada para determinar la procedencia de la continuidad del proceso de mediación.

El acuerdo se construye teniendo en cuenta los intereses y demandas de la víctima y las posibilidades reparatoras del imputado. Ha de ser concreto pero sucinto para respetar la confidencialidad del proceso. Se firma por el mediador y las partes.

El tipo de delitos en los que se utiliza la mediación son todos, a excepción de los siguientes:

1. Delitos de resistencia a Agentes de la Autoridad.
2. Delitos cometidos por funcionarios públicos en el ejercicio de sus cargos.
3. Delitos sin víctima.
4. Delitos de violencia de género (Art. 44 L.O.1/2004 de Violencia contra la Mujer)

En algunos ámbitos judiciales, como las **Jornadas de Jueces Decanos de España**, celebradas en Pamplona en Noviembre de 2009 se acordó por mayoría cualificada la modificación del Art. 44 y que se introdujera la mediación penal en delitos menos graves, atendiendo a determinados requisitos que

posibilitan el mantenimiento de la unidad familiar, como hecho querido por muchas mujeres denunciadas de violencia de género, no habitual.

El procedimiento de actuación, sin normas legales, en las experiencias piloto suele ser el siguiente:

- 1.- Diagnóstico de la mediabilidad del asunto.
- 2.- Informe del Ministerio Fiscal y envío al equipo de mediación.
- 3.- Resolución judicial por la que se decide el uso de la mediación en el proceso. Se comunica la resolución a las partes y se les advierte que en el plazo de 5 días recibirán la llamada del mediador judicial para la “sesión informativa”.
- 4.-La “sesión informativa” consiste en informar a las partes sobre las ventajas del sistema para que voluntariamente acogerse o no.
- 5.- Si las partes acceden se firma un documento de “consentimiento informado”, a semejanza del sanitario.
- 6.- En las reuniones conjuntas “cara a cara” que se realizan durante el desarrollo del proceso de mediación, lo importante más que “la verdad real” es la “verdad común”.
- 7.- Plasmación del “acuerdo de reparación”, ratificación del mismo en el acto del juicio oral, ante el juez de lo penal, lo que se instrumenta mediante el uso de la “conformidad” y se dicta sentencia. Se hace un seguimiento del cumplimiento de la sentencia que recoge el “acuerdo reparador”.

#### **4.4. TIPO 3.- CONDENADOS HABITUALES CON VARIOS INGRESOS PENITENCIARIOS.**

**En este bloque vamos a analizar la problemática de delincuentes habituales que están aquejados por adicciones importantes o por problemas psiquiátricos de larga duración y que si el sistema de salud y judicial hubiesen actuado antes, podrían haberse evitado las consecuencias posteriores.**

- TOXICÓMANOS Y DROGODEPENDIENTES.
- ALCOHÓLICOS CRÓNICOS.
- ENFERMOS MENTALES.
- SEMIIMPUTABLES.

#### **4.5. SUPUESTOS DE TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO DE PERSONAS CON PROBLEMAS PSÍQUICOS SIN INCAPACITACIÓN JUDICIAL.**

Existen personas que padecen una enfermedad mental que hoy no tiene cura y es crónica, pero que pueden llevar una vida normalizada si es atendida correctamente desde el punto de visto socio-sanitario y sigue un tratamiento, ya que en caso contrario su calidad de vida se puede ver alterada y agravada. Necesitan un tratamiento médico ambulatorio, por lo que la diferencia entre someterse a tratamiento o no hacerlo conlleva problemas personales de conducta y de calidad de vida, pero un serio peligro para las personas que con ella se relacionan. La enfermedad las puede convertir en personas peligrosas y muy difíciles de tratar, así como con reacciones imprevisibles en su dimensión, **pudiendo llegar a cometer delitos.**

En estos casos, cuando se detecta un problema médico grave de conducta se opta por el internamiento judicial involuntario del Art. 763 Ley de Enjuiciamiento Civil. Dichos ingresos suelen durar pocos días, el enfermo sale y al cabo de unos meses vuelve a ingresar, estando los periodos de permanencia en domicilio sin medicarse y sin garantías de calidad de vida.

Ante la ausencia de una regulación normativa de la intervención judicial fuera de los casos de internamiento no voluntario se viene a reconocer que las únicas medidas de protección legal son el internamiento y la incapacitación. La pregunta es: ¿Por qué acudir a una vía de incapacitación de estos enfermos cuando podría acudir a un tratamiento médico sin necesidad de internamiento o sin acudir a una incapacitación judicial?

En definitiva, se trata de establecer la intervención judicial en los casos de personas que tengan un trastorno mental grave y se nieguen a tomar la medicación previamente prescrita por un médico, buscando una alternativa a la única medida actual que existe, el internamiento en un centro hospitalario. No obstante, los estudios realizados se centran en estudiar la cobertura legal para su puesta en marcha, clarificar quién puede solicitar la medida de medicación judicial y cómo y dónde se presenta la solicitud, así como los documentos que deben aportarse, y establecer cuáles deban ser los mecanismos que permitan saber qué personas padecen un trastorno mental grave y cuáles no y la sistemática de actuación judicial una vez presentada la solicitud; es decir, intervención del forense, reconocimiento del juez, aportación de informes médicos, y cómo actuar médicamente una vez que el juez conceda la autorización.

Por último, se pretende elaborar el procedimiento médico a seguir cuando el juez conceda la autorización, para lo que la dirección territorial de Sanidad elaborará un listado de centros de salud colaboradores donde se podrá acudir para dispensar medicación a las personas que lo precisen, y cómo se actuará cuando la medicalización sea forzosa, con intervención de policía local o guardia civil.

El artículo 7 del Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano, realizado en Oviedo en 1997 por los Estados miembros del Consejo de Europa y ratificado por España en 1999 establece:

***“La persona que sufra un trastorno mental grave sólo podrá ser sometida, sin su consentimiento, a una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno, cuando la ausencia de ese 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 medios de elevación de recursos”.***

En 2005, en la Comisión de Justicia del Congreso se propuso un apartado número 5 al Art. 763 LEC del tenor literal siguiente:

***“Podrá también el Tribunal autorizar un tratamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico con periodo de observación para diagnóstico, cuando así lo requiera la salud del enfermo, previa propuesta razonada del Facultativo, audiencia del interesado, informe del Forense y del Ministerio Fiscal.***

***En la resolución que se dicte deberá establecerse el plan de tratamiento, sus mecanismo de control y el dispositivo sanitario responsable del mismo que deberá informar al juez, al menos cada tres meses, de su evolución y seguimiento, así como sobre la necesidad de continuar, modificar o cesar en el tratamiento”.***

Esta modificación de **lege ferenda** resolvería los problemas del tratamiento ambulatorio de personas que no deben ser incapacitadas pero sí sometidas a tratamiento médico.

Como experiencia pionera en nuestro país, propiciado por el Presidente de la Audiencia Provincial de Alicante D. VICENTE MAGRO SERVET, en Alicante existe un **Protocolo de Actuación Sanitaria-Judicial en supuestos de tratamiento ambulatorio involuntario** cuya finalidad es sustituir los repetidos internamientos en centros por un tratamiento médico ambulatorio aunque sea contra la voluntad del enfermo, pero siempre para su bien y el de toda la sociedad, pero sin olvidar la atención del tratamiento integral sanitario, que debe coincidir con el tratamiento ambulatorio involuntario, con lo que tendríamos el juego combinado del TIS (tratamiento integral sanitario) con el TAI (Tratamiento ambulatorio involuntario)

El Protocolo no supone una actuación al margen de la legislación actual, sino que tiene por objetivo coordinar actuaciones entre el estamento sanitario y judicial de supuestos que están ya contemplados en el ordenamiento jurídico.

La finalidad es contribuir al desarrollo y la coordinación de los aspectos sanitarios y asistenciales que permitan el seguimiento y control de algunas situaciones concretas que se presentan en la evolución de los trastornos mentales, en beneficio de los propios enfermos.

La intervención del estamento judicial tiene por objeto garantizar el respeto y la protección de los derechos de los enfermos mentales y su autonomía personal, en aquellos casos en que se capacidad de consentimiento pueda estar alterada por la enfermedad.

Es precisa la especialización de los órganos judiciales, de los juzgados de 1ª instancia con juzgado exclusivo de internamientos e incapacidades y la adscripción de un médico forense con capacitación específica en psiquiatría para garantizar una respuesta técnicamente competente.

La **solicitud de tratamiento ambulatorio** se hará de forma preferente por el Centro de Salud o institución encargada del seguimiento y control del enfermo, a propuesta del médico psiquiatra responsable. Dicha solicitud irá acompañada por un informe clínico de síntesis, que necesariamente deberá contener:

1. El diagnóstico de la afección.
2. Un resumen de su evolución y circunstancias sociales y familiares.
3. Una propuesta de tratamiento que incluya la descripción del mismo.
4. El objetivo terapéutico que se espera alcanzar
5. Los controles establecidos para el seguimiento de su evolución.

La solicitud de tratamiento ambulatorio se hará por fax al Decanato y lo turnará al Juzgado de 1ª instancia que corresponda por competencia. También puede iniciarse a solicitud de los familiares y de oficio por el Ministerio Fiscal.

En los casos de interrupción del tratamiento o falta de seguimiento de los controles establecidos, el psiquiatra responsable lo comunicará por cualquier medio al juzgado que conoce del caso, haciendo constar las actuaciones que procedan para reanudar la efectividad del tratamiento.

La administración sanitaria establecerá el mecanismo que permita incorporar la red farmacéutica a la función asistencial de dispensación de los psicofármacos prescritos para el tratamiento, en las mejores condiciones de proximidad al domicilio del enfermo.

En la sentencia del Tribunal Constitucional 120/90 se vino a establecer de forma unánime las condiciones y requisitos que deben respetarse en todo caso para poder estimarse y acordar la medida de sometimiento a tratamiento ambulatorio no voluntario. Así se entendió:

- A). Que la medida limitadora sea necesaria para conseguir el fin perseguido, esto es sanar a la persona, dado que conforme al Art. 43 de la CE se establece la obligación del Estado de garantizar la protección de la salud.

B). Que exista proporcionalidad entre el derecho y la situación en que se halla aquél a quien se impone.

C). Que se respete el contenido esencial del derecho a la vida, integridad, dignidad y libre determinación de la persona.

Nuestro Código Penal ya recoge la institución del tratamiento ambulatorio como una opción menos gravosa al internamiento (artículos 96.2.11ª, 100.1, 104.2 y Disposición Adicional 1ª)

#### **4.6. TRATAMIENTO AMBULATORIO ASISTIDO, MÉTODO PARA PREVENIR DELITOS DE ENFERMOS MENTALES. EXPERIENCIA EN ESTADOS UNIDOS.**

##### **-La Ley Kendra del Estado de Nueva York**

La Ley de Higiene Mental de Nueva York se elabora por el caso de Kendra Webdale, una joven que murió en Enero de 1999 tras haber sido empujada a las vías del metro de Nueva York por una persona que había dejado de tomarse el medicamento prescrito para su enfermedad mental.

Son sus **destinatarios**:

- Adultos que padezcan enfermedad mental.
- Capaces de comprender la ley.
- Historial de incumplimiento de tratamiento.
- Evidencia de peligrosidad en al menos dos ocasiones durante el periodo previo de 36 meses.
- Se beneficiaría del T.A.A. para evitar recaídas de su enfermedad.

Pueden ser **solicitantes**:

- Parientes.
- Adultos con los que conviva el paciente.
- El director del hospital en el que se encuentre ingresado el paciente.
- El director de cualquier recurso en el que el paciente esté recibiendo tratamiento.
- El psiquiatra que esté tratando o supervisando el tratamiento.
- El oficial de libertad condicional asignado al caso.

## **Procedimiento**

- Completar una solicitud por un psiquiatra que incluye un plan de tratamiento ambulatorio.
- El paciente, su abogado de oficio, la persona que ha hecho la solicitud y un psiquiatra cualificado se reúnen para evaluar si el paciente se ajusta a los criterios legales y determinar si está de acuerdo con el TAA.
- La solicitud se remite al Juzgado.
- Una audiencia judicial tiene lugar donde el paciente y el psiquiatra asistidos por correspondientes letrados tienen la oportunidad de exponer el caso.
- La orden de TAA tiene una validez inicial de 6 meses, que podrá ser ampliada a periodos de un año máximo.
- En caso de incumplimiento de la orden de seguimiento el paciente podrá ser removido de la comunidad y llevado involuntariamente por las fuerzas de orden público al hospital para evaluación y hospitalización si es necesario.

## **Metas alcanzadas por el Programa del TAA**

- Reducción de la incidencia de comportamientos potencialmente peligrosos para el propio paciente o para la comunidad. - Una media de reducción del 67%.
- Mejora en la adherencia al tratamiento. Una media de mejora del 32%.
- Mejora en las relaciones sociales y familiares. Una media de mejora del 23 %.
- Incremento de la atención a la drogodependencia asociada: Con una disminución del uso de drogas del 57 %.

### **4.7. NUEVA REDEFINICIÓN COMPETENCIAL DE LOS JUZGADOS CIVILES DE INCAPACIDADES O DE SALUD MENTAL.**

En España sería interesante ampliar las competencias de los juzgados de incapacidades a modo de los juzgados de salud mental americanos. Los

juzgados específicos de salud mental se han comenzado a desarrollar en vista de los resultados favorables obtenidos por los juzgados de drogodependencias. Son una respuesta a la gran cantidad de internos con enfermedad mental en el sistema judicial.

Estos juzgados estarían compuestos por personal judicial y profesionales de la salud trabajando de manera conjunta y desarrollando planes de tratamiento en la comunidad para aquellos acusados que se muestran conformes con las condiciones impuestas judicialmente.

Los planes de tratamiento se revisan periódicamente y se modifican hasta la finalización de la medida alternativa que se conoce como “graduación”.

Admiten a acusados con cargos de faltas o delitos menores que posiblemente resultarían en una sentencia de cárcel, por el principio de oportunidad, se suspenden provisionalmente el proceso penal.

La participación en el programa es voluntaria para aquellos casos clasificados como elegibles. Está basada en una declaración de la culpabilidad del acusado, quien accede a someterse a tratamiento en lugar de ir a prisión.

La sentencia es entonces diferida hasta que el acusado demuestre que ha cumplido con éxito, y a largo plazo, el tratamiento. Pasado ese tiempo la sentencia es reducida o desestimada.

### **Resultados de los Juzgados de Salud Mental**

Los juzgados específicos de salud mental favorecen el acceso a los tratamientos.

Reducen los tiempos en prisión y la reincidencia en los delitos y faltas. Es el propio tratamiento más que la derivación en sí misma lo que reduce las tasas de reincidencia.

### **CONCLUSIONES:**

**-Se puede prevenir el contacto de los enfermos mentales con el sistema judicial penal.**

**-Existen alternativas eficaces al encarcelamiento de los enfermos mentales.**

**-Hay que hacer accesibles los recursos de salud mental a los enfermos mentales antes, durante y después del contacto con el sistema judicial penal.**

- **Es precisa la colaboración entre los sistemas judicial y sanitario.**
- **Deben implicarse las ONGs y otras asociaciones en las alternativas a prisión.**
- **Deben ponerse en marcha mejores prácticas basadas en la evidencia obtenida de los programas que están produciendo resultados de costos efectivos.**

#### **4.8. TIPO 4.- LOS CONDENADOS Y SU SALIDA DE PRISIÓN.**

##### **Problemática de la CONDENA CONDICIONAL.**

El artículo 90 del CP de 1995 se limitó a marcar genéricamente los requisitos para la declaración de la libertad condicional: haber alcanzado el tercer grado, la extinción de tres cuartas partes de la condena, buena conducta y pronóstico de reinserción social favorable.

En la reforma de la LO 7/2003, de 30 de junio, de cumplimiento íntegro y efectivo de las penas se modifica la institución y se disminuye la discrecionalidad judicial y la automaticidad en su concesión. Ello ha supuesto un endurecimiento de las condiciones de obtención de la libertad condicional porque además del pronóstico favorable de reinserción, se exige tener satisfechas las responsabilidades civiles, quedando especificados una serie de criterios valorativos para apreciar tal requisito, que se refieren a la conducta del penado en orden a la reparación del daño, sus condiciones personales y patrimoniales, las garantías que ofrezca para la satisfacción futura y otras circunstancias relevantes.

Esta norma debe aplicarse cuando se trate de delitos contra el patrimonio y contra el orden socioeconómico que hubieren revestido especial gravedad y perjudicado a una generalidad de personas y que la exigencia de satisfacción de la responsabilidad civil debe referirse a las posibilidades de reparación de acuerdo con la situación económica del penado en el momento en que haya de adoptarse la resolución sobre su progresión de grado, ya que la reparación del daño es signo inequívoco de una voluntad de integración del penado.

- **Circunstancias a tener en cuenta cuando el condenado sale de prisión.**

##### **1.- El Subsidio de Excarcelación.**

Se da la paradoja de que personas presas que hayan cotizado al menos un año, pierden el derecho a este subsidio social de 18 meses porque el cobro de la prestación de desempleo generada puede ser de 4 meses y con una cuantía inferior considerando que las bases de cotización en los empleos remunerados dentro de prisión son muy exiguas. Este subsidio tiene indudable carácter social y es una ayuda para poder subsistir al salir de prisión. Además se suele

cobrar a los dos meses de salir de prisión, en lugar de percibirlo desde el primer día.

Esta materia debería ser competencia de la administración autonómica.

## 2. La excarcelación para enfermos graves.

Según la Dirección General de IIPP entre 2006 y 2008 han fallecido 645 personas en las presiones estatales, 20 de ellas en las cárceles de la provincia de Zaragoza, 17 en Zuera y 3 en Daroca.

La insuficiencia de conducciones de la Guardia Civil, la falta de plazas en programas de deshabitación de consumo de estupefacientes, de recursos y personal para atención a la salud mental y el supuesto tratamiento individualizado o la ausencia de recursos extrapenitenciarios para atender a la población reclusa sin apoyo familiar que entran en los supuestos de excarcelación por enfermedad grave o incurable del artículo 104.4 del Reglamento Penitenciario son alguna de las causas que dan contexto a la realidad de “muertes bajo custodia”.

Asimismo, el criterio de los Juzgados de Vigilancia Penitenciaria no es coincidente y se aplican criterios restrictivos o no se entra en el fondo de la cuestión y se deniega la excarcelación si los servicios médicos penitenciarios no han interesado la aplicación del Art. 104.4 del Reglamento Penitenciario.

## 3. Los condenados en “periodo vacío”.

El “periodo vacío” es el que se produce después de salir de la cárcel e intentar reiniciar su vida en la sociedad.

Deberían existir plazas residenciales o pisos tutelados y de tratamiento para personas presas que padezcan enfermedades graves e incurables y no cuenten con apoyo ni vinculación familiar.

Sería conveniente que existieran alojamientos supervisados con apoyo asistencial al salir de los Centros Penitenciarios:

- En el periodo de disfrute de permisos penitenciarios.
- En el tiempo de libertad condicional.
- Para cumplir la novedosa pena de “**localización permanente**”. Es una pena privativa de libertad y obliga al penado a permanecer en su domicilio o en un lugar determinado, fijado por el Juez en sentencia, durante un máximo de 12 días (sábados, domingos o de forma continuada).

#### **4. Extranjeros que han cumplido la pena y no están en situación de legalidad administrativa.**

En relación con los extranjeros que han cumplido la pena y no se encuentren en situación de legalidad administrativa, sería conveniente estudiar cada caso concreto antes de su expulsión automática del territorio nacional y resolver de forma motivada, atendiendo a la gravedad del delito y de la pena, al informe favorable de reinserción del establecimiento penitenciario y a la existencia y dependencia de hijos menores de edad.

En estos supuestos, excepcionalmente se podría abrir un **periodo de residencia legal a prueba**, en el curso del cual habría que objetivarse su alejamiento del delito y la efectiva normalización de su vida.

Las futuras reformas de la Ley de Extranjería deberían contemplar la posibilidad de obtener la **autorización de residencia temporal** en casos de cumplimiento de pena, de indulto o de situación de suspensión condicional de la pena, atendiendo igualmente a los requisitos de excepcionalidad, motivación y resolución individualizada para estos ciudadanos extranjeros.

#### **5. Programas de facilitación de contratos de trabajo o formación profesional.**

En épocas de crisis económicas y laborales si ya resulta difícil obtener un puesto de trabajo a un ciudadano que no ha pasado por prisión, para un condenado que ha cumplido la pena resulta una tarea imposible si no se gestiona por las administraciones públicas un puesto de trabajo temporal o una formación profesional adecuada. Sería interesante destinar recursos económicos públicos para esta finalidad. Lo contrario supone abocar al condenado a iniciar el círculo vicioso de nuevo delito y nuevo ingreso penitenciario.

## **CAPÍTULO 5. LA VISIÓN DEL MEDICO FORENSE**

Los médicos forenses constituyen un Cuerpo Nacional de titulados superiores al servicio de la Administración de Justicia. Adscritos orgánicamente al Ministerio de Justicia dependen de este Ministerio o de las Comunidades Autónomas. Los médicos forenses son funcionarios de carrera que desempeñan funciones de asistencia técnica a los Juzgados, Tribunales, Fiscalías y Oficinas del Registro Civil en las materias de su disciplina profesional, independientemente de su dependencia orgánica de los Institutos de Medicina Legal.

La intervención del Médico Forense en los procedimientos civiles en relación con la enfermedad mental se centra en los Procedimientos de Jurisdicción voluntaria (Internamiento e Incapacitación Civil) y sus funciones vienen reguladas en la Ley de Enjuiciamiento Civil.

La intervención en los procedimientos penales es más amplia y pretende informar al Juez o Tribunal de la influencia que la existencia de enfermedad ha podido tener en la imputabilidad de una acción tipificada como delictiva o bien la necesidad de establecer medidas previas a la condena, durante la misma o de forma sustitutiva de la misma.

Por esto mismo el Médico Forense tiene la oportunidad de entrar en contacto con personas que, sin necesidad de haber cometido actos ilícitos, han perdido la capacidad de consentir libremente, como consecuencia de su enfermedad, la adopción determinadas medidas terapéuticas. Por otra parte, además de la pericial médica previa a la sentencia con el fin de informar al juez sobre las circunstancias modificadoras que su posible enfermedad tiene sobre la imputabilidad de sus actos y cuyo estudio tiene menor interés en el objetivo del presente estudio, tiene la misión de informar a los juzgados de Vigilancia Penitenciaria del seguimiento de medidas de seguridad establecidas y la efectividad de la mismas.

Al plantear El Justicia de Aragón la necesidad de estudio sobre la problemática en la reinserción de las personas que han cumplido penas de privación de libertad y el estudio de medios necesarios y necesidades a cubrir desde la perspectiva del Médico Forense nos hemos planteado el estudio en varias partes:

1. Estudio retrospectivo
2. Estudio prospectivo

Siguiendo las recomendaciones del Consejo de Europa pretendemos analizar si existen grupos humanos y sociales hiperrepresentados en prisiones aragonesas. Estudiar si la pobreza, la droga, la marginalidad o la emigración son factor importante de las condenas a prisión... Describir los perfiles de las personas que son detenidas y llevadas a juicio frente a las personas que entran en prisión, y dentro de ellas en función del número de años de condena.

Las HIPÓTESIS que nos planteamos son:

1. Existen grupos definibles por características, clínicas, psicosociales y subculturales, candidatos a intervención precoz.
2. Los modelos de rehabilitación de una persona que ha cometido un delito pueden ser entendidos en relación con su itinerario de conducta.
3. Es posible definir marcadores de riesgo y de buen pronóstico en el proyecto de rehabilitación y disminución del delito.

Siendo conscientes de las dificultades inherentes a los planteamientos, queremos presentar datos propios de nuestro medio de trabajo, que puedan ser contrastados con la literatura y que nos permitan desarrollar un razonamiento y unas conclusiones prácticas centradas en el respeto a la libertad de las personas y en propuestas específicas para poblaciones concretas que nos acerquen a soluciones eficaces ante el problema que plantea el delito y la prisión en nuestra sociedad.

El modelo que tomamos de partida es sencillo:

- A. La variable dependiente es la persona que comete un delito y es condenada a entrar en prisión.
- B. El efecto que los años pasados en prisión pueda suponer en el proceso de rehabilitación, reinserción y recaída.
- C. Factores psicosociales ligados a la reincidencia.
- D. Factores diferenciales asociados con la duración de condenas.
- E. Entre los factores de riesgo:
  - Condenas previas.
  - Adversidad psicosocial.
  - Escolaridad.
  - Trabajo.
- F. Entre los factores de buen pronóstico:
  - Actitud ante el delito, la detención y la prisión.
  - Red social.
  - Nivel de salud física y mental.

## **5.1. ESTUDIO RETROSPECTIVO**

Se ha realizado un estudio retrospectivo, en el cual se han valorado los internamientos involuntarios de carácter civil realizados durante el año 2001 y

observado el comportamiento de dichas personas tras nuevas valoraciones realizadas en el Instituto de Medicina Legal de Aragón en los años sucesivos.

No resulta inesperado que aquellos enfermos que han precisado de intervención judicial que supliese la falta de consentimiento para recibir tratamiento psiquiátrico hayan debido ser valorados de nuevo en circunstancias semejantes. Lo que sí resulta más llamativo es la necesidad de evaluación de dichos pacientes en asuntos penales en una proporción muy superior a la población general.

En este sentido hemos encontrado que el 38 % de las personas vistas como internamientos involuntarios precisaron de nueva valoración forense para nuevo internamiento o dentro del proceso de incapacitación civil. Por otra parte el 20 % del total de internamientos del año 2001 se han visto encausados en procedimientos penales.

En cuanto al diagnóstico no hemos encontrado una correlación estadística significativa; sin embargo aquellas enfermedades relacionadas con el deterioro cognitivo o intelectual tanto de tipo senil como en enfermedades de inicio en la infancia es donde encontramos un mayor número de casos.

Sí hemos constatado por el contrario una diferencia significativa en cuanto al sexo, de tal forma que mientras los casos que han precisado de valoración por causa civil se encuentran repartidos al 50% hombres y mujeres la reincidencia en asuntos de tipo penal la proporción es de 8 a 1 de hombres con respecto a mujeres.

### **Estudio comparativo con el modelo anglosajón**

Con la dificultad que supone el poner en comparación poblaciones muy distintas y heterogéneas al enfrentar la población de nuestro estudio con la población reclusa inglesa atendida en los Servicios Forenses Británicos, según el informe Sainsbury, resulta sorprendente el parecido de las **reincidencias** o personas “*regresadas*” entre nuestra población y la población reclusa inglesa y la mejoría detectada para aquellos pacientes vistos en dichos servicios forenses. En 2000, los reingresos suponían solo un 7% de los ingresos nuevos. Las tasas de reincidencia para los pacientes dados de alta para entrar en la comunidad desde los servicios forenses fueron muy bajas en comparación con las personas puestas en libertad desde los Centros Penitenciarios. De los 717 casos localizados en El Sistema Informático Nacional de la Policía, menos de 1 de cada 10 (7%) volvieron a cometer un delito en los dos años después de darles el alta. Un 2% de los pacientes que fueron puestos en libertad y que fueron localizados, reincidieron por delitos sexuales o por delitos de violencia. Esta cifra se compara con la tasa global de reincidencia de reclusos adultos en los dos años siguientes a su puesta en libertad, por delitos sexuales (27%) y delitos de violencia (46%).

En este documento, al hablar de **servicios forenses** se refiere a aquellos servicios que proporcionan atención a delincuentes con trastornos mentales:

Personas que han estado en contacto con el sistema de justicia criminal y que se han trasladado a hospitales psiquiátricos forenses. Hay dos niveles principales de seguridad en los hospitales forenses a los que, tanto delincuentes bajo acusación de un delito, como reclusos pueden cribarse: alta y media seguridad. También existe un nivel bajo de seguridad, pero muy pocos delincuentes son derivados a estos centros desde los Centros Penitenciarios o los juzgados. La gran mayoría de estos casos son derivados en principio a las instalaciones de alta o media seguridad. Por lo tanto en este documento “servicios forenses” se refiere a los hospitales de alta y media seguridad.

Es importante tener en cuenta lo difícil que es sacar conclusiones cuando se hacen comparaciones entre las cifras de reincidencia de los reclusos puestos en libertad y los pacientes dados de alta de los servicios forenses. Algunas posibles razones que explican el nivel relativamente bajo de reincidencia de los pacientes dados de alta de los servicios forenses pueden ser:

- **Un seguimiento más cercano** de los pacientes dados de alta en la comunidad que el que se hace a los ex reclusos.
- **La naturaleza del delito** original puede haber estado relacionada con la enfermedad mental del paciente, y por lo tanto hay menos probabilidades de que la persona reincida después de haber recibido tratamiento.
- **El impacto de algunos medicamentos** sobre el estilo de vida después del alta puede reducir conductas reincidentes.
- Algunas personas “dadas de alta” de los servicios forenses se quedan voluntariamente en el hospital, y por lo tanto **están menos expuestos** a la posibilidad de reincidir.

**En conclusión, que el establecimiento de medidas de seguimiento tras la salida hospitalaria, el ajuste del tratamiento y la adecuación del centro son pilares fundamentales para evitar la reincidencia o recaída.**

## **5.2. ESTUDIO PROSPECTIVO**

En segundo lugar planteamos un estudio Prospectivo para valorar y perfilar a los detenidos que hemos llamado “noveles”, que eran llevados como detenidos a las dependencias del Juzgado estando a disposición tanto del Juzgado de Guardia, como del Juzgado de Violencia de la Mujer o del Juzgado encargado del enjuiciamiento rápido de Faltas.

La selección de los encuestados se ha realizado al azar y únicamente han sido rechazadas aquellas personas que habían sido detenidas estando a disposición de otros juzgados y asuntos de extranjería sin otra implicación penal.

Para la recogida de datos se creó una base de datos en la que se ha prescindido en el formulario principal de cualquier campo que pueda servir para identificar al detenido. Los datos obtenidos han recibido un tratamiento estadístico con varios paquetes informáticos adecuados y se ha realizado una posterior interpretación de los resultados.

Tal como decíamos al principio hemos planteado el estudio de distintas variables:

1. El primer escalón es el Juzgado de Guardia donde nos encontramos con tres grupos de personas detenidas: Los que ya tienen antecedentes judiciales (no necesariamente penales) es decir personas que han sido conducidas anteriormente a presencia judicial, hayan sido condenados o no, los que llegan por primera vez que hemos llamado "noveles" y aquellos cuyo motivo de detención, con alta probabilidad, no acabara en sentencia condenatoria privada de libertad. Siendo este último punto una hipótesis, hemos decidido prescindir de él.

2. Una segunda variable dependiente será el tipo de delito. Especialmente importante en el momento actual por las alarmas sociales que algunas conductas penales plantean o por lo que planteamientos normativos cambiantes hacen a unos grupos más vulnerables que a otros.

3. Finalmente el análisis lo centraremos en una medida de los recursos personales ante la detención como es la actitud clínicamente estructurada a través de la entrevista médica y centrada en cinco puntos:

- a) Nivel de preocupación racional por las consecuencias del delito.
- b) Implicación emocional en la búsqueda de respuestas.
- c) Grado de colaboración y participación activa en la entrevista médica.
- d) Mecanismos de defensa, especialmente disociales puesto en marcha para explicar la conducta punible a estudio.
- e) Otros factores clínicos relevantes.

En cuanto al diagnóstico, no necesariamente estamos hablando de un diagnóstico clínico, sino de una evaluación estructurada en una entrevista clínica donde se recogen aspectos del sujeto evaluado, por observadores entrenados.

## **VARIABLES**

**A) TIPO DE DELITO.** Hemos recogido la información siguiente:

1-Alcoholismo, 2-Droga, 3-Lesiones, 4-Robo, 5-Violencia doméstica, 6-Tráfico / económico, 7-Varios 8-Violación / agresión grave, 9-Amenazas / atentado.

Presentaremos agrupados los datos en:

1. Delitos de robo, lesiones o trastornos de conducta ligados al consumo de alcohol y drogas. Agrupa 1, 2, 3 y 4.
2. Delitos específicos: Violencia doméstica, tráfico y económicos. Agrupa a 5 y 6.
3. Delitos graves. Agresiones importantes, violaciones, atentado, etc. Agrupa 7 y 8.

## **B) ANTECEDENTES JUDICIALES.**

1-NO, 2-Alcoholismo / drogas, 3-Lesión, 4-Robo, 5-Violencia doméstica, 6-Tráfico, 7-Otras, 8-Múltiples / Ingreso en prisión.

Agrupados en

1.- No

Todos los demás.- SI

## **C) ACTITUD FRENTE A LA DETENCIÓN**

1-Frialdad, 2-Negación, 3-Perplejidad, 4-Preocupación,  
5-Culpa, 6-Frustración, 7-Otros (sorpresa/susto),  
8-Oposicionismo, 9-Tristeza, 0-NO se recoge.

Agrupados en:

1. Normalidad. Ligado a la preocupación, culpa, sustos, sorpresa.
2. Disfuncional. Perplejidad, Negación.
3. Conflicto: Frialdad y oposicionismo.

## **FACTORES DE RIESGO INCLUIMOS:**

### **A) ADVERSIDAD PSICOSOCIAL EN LA INFANCIA**

0-No, 1-Carencia afectiva, 2-Institucionalización, 3-Malos tratos, 4-Minusvalía, 5-Enfermedad mental propia o familiar 6-Enfermedad física psicosomática, 9-Múltiple.

Agrupadas en

1.- Ausente.

2.- Presente.

## **B) NACIONALIDAD**

1-Aragón, 2-Resto de España, 3-Europa, 4-América, 5-África, 6-Otros

Agrupada en nacidos en:

1.- España.

2.- Extranjero.

## **C) DIFICULTADES EDUCATIVAS**

### **Años de escolaridad**

1-Primarios, 2-Graduado escolar, 3-Secundaria, 4-FP,

5-Universitario, 6-Mayor que universitario.

Agrupados en personas que no tienen los estudios primarios completos y los que además de completados han continuado estudiando.

## **FACTORES DE SOPORTE SOCIAL**

### **A) MESES TRABAJADOS LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS**

1.- Nunca, 4.- Siempre, 2 y 3.- Resto.

### **B) RED SOCIAL**

1-No, 2-Pobre, 3-Buena.

Agrupados en

1.- No

2, 3.- Si

## **VARIABLES INTERMEDIAS**

Las variables intermedias escogidas (la edad, el lugar de residencia, la nacionalidad) nos permiten definir los grupos humanos y comparar aspectos relacionados con la clase social, y la red social básica.

**1. EDAD**

1.- Menores de 25 años, 2.- de 26-30, 3.- mayores de 30 años.

**2. SEXO**

1-varón, 2-mujer.

**3. ESTADO CIVIL**

1-soltero, 2-casado, 3-separado, 4-viudo.

Agrupados en:

1.- soltero.

2.- Casado/separado.

**4. LUGAR RESIDENCIA**

1-Delicias, 2-El Arrabal-La Jota, 3-Casco,

4-Torrero-San José, 5-Las Fuentes, 6-Almozara

7-Valdespartera, 8-Centro, 9-Pueblos y resto España.

Agrupados en:

1.-Delicias, 2.- Arrabal-La Jota, 3 y 8.- Casco y Centro,

4, 5, 6, 7.- Otros barrios, 9. Pueblos y resto de España.

**5. PROFESIÓN**

1-Paro, 2-Construcción, 3-Servicios, 4-Asalariados, 5-Profesional,

6-Otros, 7-Transportista, 9-Jubilado, 8-Militar.

Agrupados en

1 y 9.- Sin profesión activa.

2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8 .- Profesión activa.

**6. USO RECIENTE DE ALCOHOL Y DROGAS**

1-NO, 2-Episódico (fines de semana), 3-Abuso, 4-Dependencia,

5.-Complicaciones.

Agrupadas en

1 y 2.- NO o episódico.

3, 4, y 5.- SI consumo relevante.

## **ESTUDIO DE RESULTADOS**

### ESTUDIO DE LA VARIABLE: "ANTECEDENTES PREVIOS"

- a. El 36 % de los detenidos vistos en el Juzgado de Guardia refieren que ya habían sido detenidos en alguna ocasión, lo que no necesariamente implica el ingreso en prisión.
- b. En cuanto al estado civil, no se observan variaciones significativas.
- c. Lo mismo ocurre en lo que se refiere a su lugar de nacimiento, de tal forma que tanto los españoles como los extranjeros los porcentajes de antecedentes serían semejantes.
- d. Tampoco el nivel de estudios o el tiempo trabajado parecen una influencia valorable con los antecedentes previos.
- e. Con respecto a la edad existe un cierto desplazamiento hacia las personas con más edad lo que parece congruente dado el nivel de reincidencia.
- f. Cosa bien distinta ocurre con aquellas personas que han referido episodios de adversidad en la infancia llegando a un 50% mientras que aquellas que no refieren adversidad la reincidencia se sitúa en el 25%.
- g. Cifras idénticas se producirían si nos atenemos a la existencia de una profesión cualificada.
- h. En cuanto al sexo no hay variaciones significativas manteniéndose las cifras generales.
- i. El alcohol por último vuelve a suponer una influencia presente en un 40% de las personas evaluadas en nuestra serie.

### ESTUDIO DE LA VARIABLE: "TIPO DE DELITO"

- a. En cuanto al tipo de delitos el número de casos decrece conforme se agrava el mismo o se vuelve más específico.

- b. En relación al estado civil encontramos una importante desviación en la proporción de delitos específicos en los detenidos casados/separados, debiendo recordar que es en este grupo donde se han encuadrado los delitos relacionados con la violencia doméstica.
- c. Algo semejante ocurre en cuanto se valora el tipo de delitos con el lugar de nacimiento de tal forma que el número de delitos específicos (principalmente violencia sobre la mujer) se incrementa en el grupo de nacidos en el extranjero, siendo del 40% de las causas de detención frente al 25% para el grupo de los españoles.
- d. Ni en cuanto a la escolarización ni a la red social de acogida en el caso de entrada en prisión se han obtenido diferencias significativas.
- e. En relación con el tiempo trabajado en los últimos meses, en las personas que no han trabajado nada existe una mayor proporción de delitos relacionados con drogas, propiedad... mientras que las personas con una actividad más normalizada distribuyen los delitos de una forma más homogénea decreciendo los delitos relacionados con sustancias a favor de delitos específicos.
- f. Por grupos de edad nos encontramos con una circunstancia semejante, de tal forma que las personas jóvenes se centran en delitos relacionados con alcohol y drogas y otros delitos graves mientras que en el grupo comprendido entre los 26 y 40 años los delitos específicos se aproximan al 50% del total.
- g. La relación entre tipo de delitos y la existencia de adversidad en la infancia requiere de una mayor profundización o reflexión en el estudio, pues en nuestra serie existe una tendencia dispar entre aquellos casos en los que no ha habido adversidad en los cuales la delitología tiene un corte específico mientras que en aquellos casos en los que ha habido algún tipo de adversidad en la infancia hay una clarísima tendencia a delitos relacionados con sustancias, propiedad etc.
- h. En cuanto a la profesión en el grupo carente de trabajo los delitos se centran en los grupos extremos tanto de delitos más graves como inespecíficos mientras que en la población con actividad laboral más normalizada los delitos se distribuyen de una forma más homogénea con un pico en nuestra serie en los delitos específicos en los trabajos relacionados con la industria pero que no nos parece estadísticamente significativo.
- i. En la distribución por lugar de residencia la serie se ha mostrado claramente insuficiente como para aportar resultados aceptables.

- j. Sin embargo si lo valorado es el lugar de nacimiento nuevamente existe un claro sesgo decantándose los nacidos en África y sobretodo América por delitos de corte específico, siendo menos significativa la suma de delitos graves o inespecíficos (58%), mientras que las cifras serían más bajas en los nacidos en España o Europa.
- k. En relación con la escolarización nos encontramos con cifras del mismo corte a las encontradas con la actividad laboral de tal forma que en el grupo de estudios primarios o incompletos los delitos serían inespecíficos o graves (73%) mientras que con una formación mayor la suma de ambos baja hasta el 57%.
- l. En cuanto a la influencia del alcohol en el tipo de delito éste ha estado presente de una forma relevante cuando el consumo ha sido importante o grave en el 41% de los casos valorados mientras que en el 59% el alcohol o no ha estado presente o el consumo se considera episódico. Su influencia sobre la serie de delitos es homogénea interviniendo tanto en los delitos específicos como en los relacionados con sustancias, lesiones o delitos graves. • Según los datos ofrecidos por el Observatorio español sobre drogas en la encuesta realizada en el año 2008 la experiencia con el alcohol es casi universal en la sociedad española (88% de la población de 15 y 64 años lo ha tomado alguna vez). Además, la mayoría de la población lo consume de forma esporádica o habitual (72,9% lo ha hecho algún día durante el último año; 60% algún día durante el último mes y sólo un 10,2% a diario durante el último mes.) En cuanto a los consumos más intensivos un 19,1% de la población de 15-64 años refirió haberse emborrachado en alguna ocasión durante los últimos doce meses y un 12,6% haber ingerido 5 o más copas o vasos en la misma ocasión, (entendiendo por ocasión el tomar varias copas seguidas o en un plazo de un par de horas) durante los últimos 30 días. La prevalencia de “bebedores de riesgo” fue de un 3,4%. Vemos por lo tanto que existe una gran diferencia sobre todo en el grupo de bebedores de riesgo.

#### ESTUDIO DE LA VARIABLE: “ACTITUD PERSONAL”

La variable de actitud personal durante la detención fue incorporada una vez iniciado el estudio por lo cual en un primer momento no pudo tenerse en cuenta. Si bien su significación estadística puede ser discutida, en nuestra serie nos parece que aporta una valoración novedosa y a la vez valiosa de cara a las conclusiones y recomendaciones de este estudio.

Vistos los datos de una forma global la actitud negativa se objetiva en el 25% de los casos. El hecho de que se constate una actitud positiva de las tres

cuartas partes nos anima a pensar que existe un importante campo de trabajo por parte de los distintos profesionales para aprovechar esta actitud.

- a. Puesta en relación con las demás variables resulta interesante valorar que la actitud negativa se centra en aquellas personas con una red de apoyo social nula o pobre y en personas sin empleo o con profesiones de baja cualificación.
- b. En el resto de variables no encontramos una significación estadística pero posiblemente tenga que ver con la introducción tardía del ítem.

### 5.3. CONSIDERACIONES

Los resultados obtenidos en nuestros dos trabajos de campo tanto retrospectivo como prospectivo ponen de manifiesto la necesidad de adaptación de la sociedad y sus recursos tanto sanitarios, legislativos, judiciales y penitenciarios a una problemática que está ahí y que requiere de una nueva orientación en la línea de lo emprendido por otros países de nuestro entorno que se ajusten a las recomendaciones internacionales.

Lo observado con nuestra propia experiencia y su confrontación con resultados externos ponen de manifiesto la necesidad de un seguimiento sanitario del enfermo mental tras su ingreso institucional sea este voluntario, involuntario o como consecuencia de sentencia judicial. Lo anterior nos lleva a pensar en la necesidad de una regulación clara de la normativa que regule el tratamiento ambulatorio involuntario. En este sentido se ha propuesto una modificación del artículo 763 de la LEC en el sentido de: *“Podrá también el tribunal autorizar un tratamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico o un periodo de observación para diagnóstico, cuando así lo requiera la salud del enfermo, previa propuesta razonada del facultativo, audiencia del interesado, informe del forense y del Ministerio Fiscal”*.

Por el contrario según señala el Defensor del Pueblo en su informe:

***“A juicio de esta Institución un adecuado desarrollo de los recursos sanitarios socio-sanitarios. terapéuticos y de los servicios de rehabilitación y de reinserción social en el ámbito de la salud mental (hospitales de día, centros de día, unidades de crisis psicoterapéuticas, una red de pisos, programas de seguimiento individualizado, equipos de visitas domiciliarias, prestaciones sociales, programas para incorporar a la vida laboral a los enfermos. etc.) y un correcto ejercicio de las acciones legales que contempla nuestro ordenamiento hacen innecesario que deba de proponerse una reforma del marco legal actual, pues las previsiones actuales permiten solicitar el auxilio judicial para aplicar un tratamiento involuntario a una persona que no sea capaz de prestar su consentimiento.*”**

**Tanto el Convenio de Oviedo, sobre protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina, como la Ley 41/2002, reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, establecen como principio general, primero el respeto siempre que sea posible a la autonomía de la persona y en segundo lugar cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones y el criterio médico aconseje aplicarle un tratamiento que él voluntariamente rechaza, el consentimiento se prestará por representación. No existe por ello ningún vacío legal, ni es preciso introducir ninguna previsión normativa nueva, puesto que el artículo 6 del Convenio de Oviedo y el artículo 9 de la Ley 41/2002 son suficientes para abordar los problemas que se suscitan cuando una persona con una enfermedad mental rechaza un tratamiento médico y con ello genera un riesgo inmediato grave para su integridad física y psíquica”.**

Según esta Institución no sería pues necesario un nuevo marco legal sino la plena utilización de las normas actuales.

En este punto la intervención del Equipo Médico Forense puede ser de nuevo crucial al peritar e informar de una forma completamente independiente sobre la capacidad del enfermo para decidir libremente, o mejor dicho, la capacidad de consentir un tratamiento necesario al que se opone ofuscado por su propia enfermedad o falta de conciencia de la misma.

En la actualidad en nuestra Comunidad se ha conseguido la especialización de Juzgados competentes en Internamientos e Incapacidades al servicio de los cuales no está únicamente el Médico Forense de una forma individual, sino a través de una estructura organizada y jerarquizada como es el Instituto de Medicina Legal que aporta Médicos Forenses especializados en la materia así como equipos Psicosociales capaces de hacer una valoración integral del enfermo (médica y social) y dictaminar sobre la necesidad de tratamiento.

El Tratamiento ambulatorio involuntario (TAI) es una realidad asistencial en diversos países, preferentemente de tradición anglosajona, y allá donde existe, reviste tres formas. En algunas ocasiones, dándose las circunstancias previstas para el ingreso involuntario, se propone la *alternativa* del TAI como medida menos taxativa. Otras veces el TAI es *complemento y continuación* de un ingreso, pudiendo determinarse el reingreso automático si el paciente evoluciona desfavorablemente o deja de acudir al centro sanitario. Por último, el TAI se plantea en algunos casos como una *medida preventiva* del internamiento. En general representa un tratamiento forzoso en un “*entorno menos restrictivo*” que el que impone el ingreso involuntario, y en unas condiciones que en teoría representan una menor merma de la libertad individual.

En los países donde existe el TAI sus destinatarios suelen ser pacientes con enfermedades mentales graves, caracterizados por un incumplimiento reiterado en medio ambulatorio y, consiguientemente, por múltiples hospitalizaciones. La aplicación de la medida exige una valoración individual. En cuanto a su

fundamentación, en algunos casos es la peligrosidad que para el paciente o terceras personas entraña su enfermedad mental, si bien en otras legislaciones se requiere un juicio de incapacidad / incompetencia.

La Recomendación N° 10(2004) del Consejo de Europa a los Estados Miembros tiene por objeto mejorar la protección de la dignidad, los derechos humanos y fundamentales y las libertades de las personas con trastorno mental, en particular las que están sujetas al internamiento involuntario o tratamiento involuntario.

Se recomienda a los Estados adaptar tanto la legislación para la protección de las personas con enfermedad mental sobre todo a aquéllas que no tienen capacidad de prestar consentimiento, así como a la dotación material de centros adecuados al efecto.

- Los Estados miembros deberían promover la salud mental, fomentando el desarrollo de programas para mejorar la prevención, reconocimiento y tratamiento de los trastornos mentales.
- Las personas tratadas o puestas en relación a los trastornos mentales deben ser informadas individualmente de sus derechos como pacientes y tener acceso a una persona o al organismo competente, independiente del servicio de salud mental, que pueda es necesario, ayudarlos a comprender y ejercer esos derechos.
- Los Estados miembros deben garantizar que existen mecanismos para proteger a las personas vulnerables con problemas mentales, aquéllos que no tienen la capacidad de consentimiento, o que no pueden ser capaces de resistir la violación de sus derechos humanos.
- La ley debería prever medidas de protección, en su caso, de los intereses económicos de las personas con trastorno mental.
- Las personas con trastornos mentales deberían tener el derecho a ser atendidos en el ambiente menos restrictivo y con el tratamiento menos restrictivo y alterador disponible, teniendo en cuenta sus necesidades de salud y la necesidad de proteger la seguridad de los demás.
- Las instalaciones diseñadas para el internamiento involuntario de personas con trastorno mental debe ser supervisadas por una autoridad competente, con servicios de calidad ajustados a las necesidades de los diferentes grupos de personas.
- Garantizar el suministro suficiente de las instalaciones hospitalarias, con niveles adecuados de seguridad y de los servicios comunitarios para satisfacer las necesidades de salud de las personas con trastornos mentales involucrados en el sistema de justicia penal.

## 5.4. CONCLUSIONES

- Necesidad de creación de un protocolo integral de tratamiento ambulatorio involuntario favoreciendo las modificaciones legislativas necesarias o haciendo uso de la normativa actual tal como propone el Defensor del Pueblo en su memoria.
- Aplicación de dicho protocolo a aquellas personas que tras una evaluación individualizada supongan un riesgo para sí mismo o a la comunidad.
- Garantizar el suministro suficiente de las instalaciones hospitalarias, con niveles adecuados de seguridad y de los servicios comunitarios para satisfacer las necesidades de salud de las personas con trastornos mentales involucrados en sistema de justicia penal como alternativa a la asistencia psiquiátrica actual de los Centros Penitenciarios, en la línea de instalaciones de otros países que han demostrado su eficacia.
- Las instalaciones diseñadas para el internamiento involuntario de personas con trastorno mental deben ser supervisadas por una autoridad competente (Judicial, Ministerio Fiscal), con servicios de calidad ajustados a las necesidades de los diferentes grupos de personas. Deben quedar garantizadas las libertades individuales y los Derechos básicos reconocidos por la Constitución. Para dicha supervisión será necesario el informe pericial previo emitido por instituciones independientes como los Institutos de Medicina Legal.
- El alcohol, la adversidad en la infancia y la falta de trabajo o cualificación profesional son factores de riesgo en aquellas personas que han sido detenidas en más de una ocasión. En cuanto al tipo de delito el alcohol vuelve a estar presente de una forma muy importante de tal manera que en el 41 % de las detenciones el consumo es muy importante, muy superior a los datos ofrecidos por el Observatorio español sobre drogas en la encuesta realizada en el año 2008 para la población general . En vista de lo anterior se considera imprescindible la necesidad de la creación de centros de tratamiento integral de deshabitación de sustancias y especialmente de alcohol.
- Se constata de forma clara que las detenciones por delitos relacionados con la violencia doméstica son más frecuentes en personas no europeas. Dicha situación requiere de un

**estudio específico y orienta a la necesidad de ofertar nuevas vías de solución no penitenciaria para casos concretos que disminuyan la reincidencia de este colectivo.**

- **El paro es un marcador en personas que cometen delitos relacionados con sustancias, alcohol, lesiones o contra la propiedad. Las medidas alternativas a las penas con servicios a la comunidad serían para este tipo de personas una vía que debería ser potenciada.**
- **Las personas más jóvenes siguen siendo un grupo de riesgo en los que hemos llamado otros delitos mientras que la población más mayor se desplaza a delitos relacionados con violencia de género o seguridad del tráfico. El tratamiento de este tipo de delitos requiere de diversos programas formativos específicos y/o de servicio a la comunidad (cuidado de lesionados en accidentes, etc.).**

## **CAPÍTULO 6.- NECESIDADES DE ASISTENCIA PSIQUIATRICA EN EL MEDIO PENITENCIARIO EN ARAGÓN**

La mirada de un psiquiatra en un centro penitenciario parte del concepto de salud, que según la Organización Mundial de la Salud se asocia con bienestar y éste en la mayoría de las personas tiene que ver con libertad.

En esta sociedad el ejercicio de la voluntad se encuentra restringido por muchas otras causas y la influencia del contexto, de la moda, la presión ambiental y la incapacidad de adaptación a situaciones nuevas explica la homogeneidad de comportamientos. Parece que la libertad es cada vez más difícil en la sociedad de la información y de los mil estímulos externos de la cultura técnica del siglo XXI.

Quizás la experiencia vivida por 500 años de largas hospitalizaciones en psiquiatría tenga muchos puntos de unión con algunos aspectos de la vida en instituciones penitenciarias salvando las distancias que las medidas de seguridad imponen.

Desde un punto de vista empírico caben las siguientes reacciones:

- a) En las cárceles hay enfermos que necesitan de control y tratamiento médico. Tiene sentido que el psiquiatra acuda para atender una consulta en el centro y para facilitar este seguimiento clínico, que demandan los médicos generales y los pacientes.
- b) Existen casos no diagnosticados y pacientes sin conciencia de enfermedad que no demandan atención, que podrían beneficiarse de tratamientos médicos sencillos. Al igual que la sociedad dispone de recursos sanitarios para atender estas enfermedades parece lógico que este servicio esté disponible en la prisión.
- c) El especialista en psiquiatría, conoce la evolución de las enfermedades, y tiene la capacidad de priorizar las intervenciones terapéuticas. Algunas formas de tratamiento pueden ser complejas de aplicar, especialmente cuando deben ir unidas a las medidas de seguridad y se plantea la necesidad de colaboración entre el médico generalista el especialista y los equipos de tratamiento penitenciarios. Es posible definir intervenciones más urgentes desde un punto de vista de eficiencia, atendiendo a los enfermos que más lo necesitan.
- d) Crítica ante situaciones que se pueden modificar e intento de lograr mejoras e implantar nuevas alternativas terapéuticas, cambiando el sistema y algunos programas de tratamiento.

El informe Trenzin (2007) resume las siguientes evidencias:

1. Un 15% de la población reclusa, o bien lo es por su enfermedad psiquiátrica previa no tratada, o por un trastorno dual, o por una vulnerabilidad personal que dentro de la prisión va a poner en marcha graves secuelas para su salud. En los tres modelos las consecuencias

crónicas recaen sobre los servicios sanitarios de la Comunidad y son a éstos a los que más les interesa una prevención y tratamiento eficaz y eficiente.

2. El 50% de este grupo de presos reinciden en los meses posteriores a la salida en prisión generando un fenómeno de puerta giratoria.
3. Las secuelas personales y sociales de este problema han puesto en marcha en Europa y América tres grandes líneas de trabajo:
  - a) Las alternativas al ingreso en prisión.
  - b) Los tratamientos dentro de prisión por servicios sanitarios de la "Comunidad".
  - c) El apoyo a los grupos de alto riesgo, con medidas preventivas.

Las prisiones son un elemento más de la sociedad moderna y hoy en el cumplimiento de sus funciones o resuelven la asistencia médica a estos penados o fracasan en sus cometidos.

Algunos problemas a considerar deben afrontarse antes del ingreso en prisión:

1. Motivación para el tratamiento. Ofrecer información y cursos psicopedagógicos para minimizar los riesgos del ingreso en prisión, ofrecer recursos a las familias para buscar alternativas y ofrecer guías que faciliten la cadena de decisiones puede evitar reactivaciones de enfermedad como ya se ha demostrado en otros campos de la patología médica.
2. Persuasión a través de incentivos y sistemas de condicionamiento operante que estimulen la toma de decisiones, especialmente en colaboración con la familia y el medio social de procedencia. Potenciar el valor de los tratamientos realizados entre la detención, el juicio y los objetivos rehabilitadores de la condena.
3. Programas especiales para jóvenes delincuentes en las primeras fases de su itinerario penal; ancianos, cada vez más frecuentes y minusvalidez.

Los jóvenes tienen el riesgo mayor de reincidencia y 18 veces más probabilidad que la población de su edad no penitenciaria de cometer suicidio en el futuro. El 95% será diagnosticado de enfermedad mental y el 80% de más de una enfermedad.

Se han propuesto algunas medidas específicas:

1. Juzgados específicos de delitos ligados al consumo de drogas con resultados muy cambiantes.
2. Juzgados especializados en delitos menores recurrentes de gran repercusión familiar y social, que también han sido muy debatidos.

3. Sentencias rehabilitadoras y creativas centradas en respuesta específica al tipo de delito con obligación de realizar servicios a la comunidad.
4. Cumplimiento en centros específicos de tratamiento, con especial función de redención a las víctimas del daño causado y con una finalidad reparadora a las víctimas y al grupo social.
5. Promover alternativas al cumplimiento en el que las medidas de seguridad tengan compatibilidad con un ambiente terapéutico, de seguridad personal, confidencialidad, ocupación, sentirse valorado, ser autónomo responsable y en proceso de reeducación y rehabilitación. (Una experiencia piloto se ha puesto en marcha en Can Brians en Barcelona, bajo la dirección de los hermanos de San Juan de Dios)

Vamos a estudiar los mecanismos conocidos por el psiquiatra para colaborar de forma específica pero también general desde su concepción de la mente humana, de los problemas de vivir privado de libertad y de los datos prácticos que hemos recogido sobre una muestra de internos de Aragón.

### **6.1. ASPECTOS MEDICO-PSIQUIÁTRICOS EN LA DISMINUCIÓN DEL DELITO.**

La década del cerebro cierra el siglo XX, con la búsqueda del genoma funcional expresado en el cerebro, con nuevas hipótesis, sobre la complejidad de la mente humana. No es posible todavía establecer causa efecto entre delincuencia y fenómenos psíquicos concretos, pero disponemos de datos epidemiológicos sobre poblaciones vulnerables al delito y especialmente datos terapéuticos sobre medidas eficaces en la prevención del delito. Cada vez más los tratamientos médicos y la peritación medico psiquiátrica forman parte del proceso penal desde sus inicios hasta su fin.

La evidencia médica y los puntos más eficaces de colaboración son:

1. Hay pacientes que son detectados por el hecho de cometer un delito. Independientemente de la calificación judicial del hecho, se obtienen más beneficios derivándolos a un centro sanitario. En ocasiones son crisis agudas de una enfermedad conocida en la que aparece el delito antes de haber puesto en marcha el tratamiento. Las estancias en el hospital tras cometer un delito tienen como objetivo mejorar la enfermedad, la calidad de vida del sujeto y el análisis de su eficacia es doble, mejora la salud y previene la recurrencia en el delito. Esto se puede interpretar porque el hecho delictivo es puntual en relación a una activación psicopatológica y no es una trayectoria delincuente o consecuencia de voluntad de delinquir. Tanto la prisión como el hospital tendrían para el paciente la función de rehabilitación del hecho penal y el mismo efecto en la reducción del delito.
2. Sujetos que son evaluados en las clínicas médico forenses como candidatos a tratamiento ambulatorio asertivo comunitario, obligatorio,

logran cambiar aspectos de su vida que son la mediación necesaria y suficiente para justificar su delito. A través de logros como mejora del nivel de empleo, conseguir una vida independiente, mejora en la vida familiar y un funcionamiento social global normal, se mejora la salud, y, como consecuencia, baja la probabilidad de reincidencia delictiva.

3. En otros casos una intervención intensiva con apoyo y reintegración familiar facilita y protege de futuros delitos. En especial cuando esto se realiza junto a un mayor control de abuso de sustancias.
4. Kramp (2009) en Dinamarca ha estudiado los efectos del cierre de hospitales psiquiátricos en las tasas de delincuencia.: Mientras que la tasa de delitos permanece estable en los últimos 30 años, el número de plazas de ingreso en instituciones penitenciarias para enfermos mentales se ha multiplicado por 10. De seis mil camas en hospitales psiquiátricos se ha pasado a tres mil, o lo que es lo mismo de 12 días de hospitalización por año por cada 10.000 habitantes se ha pasado a 7.5, pero se han abierto más de 2000 camas de internamiento involuntario crónico para delincuentes enfermos. Los pacientes desinstitucionalizados a corto plazo no cometen delitos. Los tratamientos ambulatorios intensivos, en los lugares donde se han puesto en marcha no disminuyen los delitos de pacientes crónicos. Son los nuevos pacientes los que nunca han conocido el hospital psiquiátrico. El homicidio, intento de homicidio, las lesiones y la violencia son especialmente significativas en pacientes con psicosis crónica, independientemente de la disponibilidad de tratamientos ambulatorios complejos. Posiblemente se produce una disminución de delitos en pacientes crónicos no psicóticos y en el estudio no se llega a correlacionar número de delitos y organización del sistema sanativo.

Por lo tanto distinguir qué sujetos pueden beneficiarse de ir a prisión y que sujetos pueden mejorar más en el medio terapéutico es un interrogante frecuente en los juzgados tanto por el bien de la sociedad como de la víctima, como del infractor.

La década de los 70 puso en marcha el cierre de los hospitales psiquiátricos en una encendida polémica entre los derechos humanos y la confianza en los nuevos tratamientos. Esta desinstitucionalización, ha desplazado a las familias una responsabilidad de cuidados, que en muchos casos son imposibles. El sentimiento de abandono de estos cuidadores familiares, encuentra en la paradoja de la libertad de los enfermos una imposibilidad para resolver problemas. Se niegan a ir al médico y desde el sistema sanitario no existen respuestas eficaces. Se niegan a seguir ninguna forma de tratamiento y los resultados son negativos. Algunos acaban vagabundos en las calles, y un grupo creciente crea problemas, que les lleva a la prisión. Para Gostin, se produce un olvido y una negación de este problema, mientras se oculta tras las rejas de los centros de detención... La prevalencia de psicosis llega a ser diez veces más frecuente que en la población general y aumenta en la medida en que los centros penitenciarios son mas grandes, donde estos pacientes

permanecen olvidados y aislados. También allí se niegan a recibir tratamiento lo que cierra un círculo complejo de resolver.

## **6.2. CEREBRO E INFERENCIAS RELACIONALES CON EL DELITO**

Las observaciones más sugestivas son las siguientes:

1. Algunos delitos se agrupan en familias y en grupos sociales. Lo que ha llevado a pensar que la impulsividad, la violencia, la pérdida del control de impulsos y, sobretodo, la incapacidad normativa (conducta disocial) son precursores clínicos de la delincuencia y su raíz puede ser biológica y subsidiaria de tratamiento médico.
2. Desde otra perspectiva más histórica y legal, el estudio de la personalidad ha identificado genes ligados a la búsqueda de novedades, a la incapacidad de evitar el peligro y la insensibilidad sobre el dolor ajeno como elementos de la personalidad antisocial y por lo tanto transgresora de normas y candidata a ser detenida por la policía.
3. De forma repetitiva los estudios sobre delincuentes jóvenes evidencian deficiencias y minusvalías tanto académicas, como relacionales, así como en habilidades personales que causan conflictos; y lo que es más perjudicial, afiliación a grupos claramente disfuncionales (delictivos). El delito sería interpretado como un peldaño más de una larga escalera de fracasos en la maduración del cerebro del sujeto. Hoy ya no hablamos de retraso mental, sino de “necesidades educativas y de desarrollo especiales”, con fracasos funcionales en distintas etapas de la vida. En el momento actual la mayor proporción de menores ingresados en centros de reforma presentan retraso escolar grave. Los estudios con estos menores evidencian que dos tercios de los menores internados en centros de reforma por delinquir, son detenidos de nuevo en los 4 años siguientes al final de su primera medida de reforma en USA. Pero además el 50% del total, tendrán graves dificultades para encontrar trabajo. Entre el 25 y el 60% consumen alcohol en exceso y usan drogas psico-activas. Ya en adultos, su nivel socio económico y educativo era menor del esperado, no tendrán estabilidad matrimonial y su vida era una serie de conflictos en muchos campos. Estudios prospectivos de jóvenes en prisión antes de los 21 años demuestran niveles altos de mortalidad, suicidio y desarraigo en los 15 años siguientes a su salida en libertad.
4. Se ha descrito un síndrome de adversidad psicosocial caracterizado, por una reiteración de fracasos y un círculo de estímulos negativos que hacen que las personas repitan vivencias de ciclos infantiles donde las consecuencias para sí y para los demás no favorecen ni el desarrollo personal, ni la convivencia ni la satisfacción. Se le ha denominado “gusto por el fracaso” (M. Rutter)

5. Algunos enfermos crónicos, especialmente con psicosis activa, en momentos en los que pierden el criterio de realidad y sufren vivencias paranoides pueden reaccionar de forma violenta y cometen atrocidades, que periódicamente son recogidas por los periódicos. Es cierto que este proceso ocurre pero las consecuencias no se deben a la enfermedad sino a mecanismos de defensa ante un miedo irracional. Se han publicado trabajos contradictorios pero la opinión mayoritaria refleja que las personas diagnosticadas de esquizofrenia no sufren mayor nivel de violencia y de delito que los que no son diagnosticados de ninguna enfermedad y corresponden a su mismo grupo de edad y nivel socioeconómico.
6. La relación entre violencia y cerebro ha sido muy estudiada. Hoy se admite la impulsividad entendida como una reacción brusca, sin control cortical, la que hace que en ocasiones las consecuencias sean negativas. Dentro de ésta el trastorno por déficit de atención, cursaría con transgresiones reiteradas desde la infancia y desarrollo de conductas oposicionistas, afiliación normativa y mayor probabilidad de delincuencia. Éste es uno de los modelos más sugestivos para demostrar que tratando correctamente una enfermedad del cerebro en los inicios de la enfermedad pueden evitarse las consecuencias de un “itinerario violento transgresor” en la vida adulta.
7. La mayoría de trabajos se centran en la neurotoxicidad de las sustancias psicoactivas. No hay evidencia de que el hecho del consumo en sí, lleve al delito, pero la realidad epidemiológica muestra un círculo vicioso en el que no está claro si todos los que delinquen acaban tomando drogas o viceversa. A esto se le han sumado las epidemias de enfermedades contagiosas que hemos sufrido en estas últimas décadas que hacen que un cerebro enfermo y afectado por las drogas y las infecciones sea más vulnerable al incumplimiento de las normas de convivencia.
8. El fanatismo, el terrorismo y algunos grupos organizados como sectas han hecho pensar que una alteración del pensamiento y un bloqueo de la mente en la capacidad de ver el mundo estaría detrás de asesinatos, torturas, y todo tipo de tragedias violentas como las que vivimos. No queda claro que podamos llamarlo una enfermedad sino una amalgama de circunstancias bio-psico-sociales.
9. Los celos y en especial aquellos delirios paranoides que aparecen en el alcoholismo crónico son un caso especial. Forman parte de un grupo de casos de violencia doméstica y la gravedad de sus consecuencias nos obliga a tenerlos en cuenta. En algunos casos los cerebros de los agresores cumplen criterios de demencia multiinfarto, de atrofia cerebral y de encefalopatía alcohólica, pero por encima del deterioro de memoria y cognitivo, es la vivencia de sentirse humillados por el delirio de los celos, lo que mueve a una reacción violenta. Nuevamente el cerebro es un substrato necesario y activo en algunos de estos hechos pero la

consecuencia final no podemos relacionarla directamente con ninguna patología.

10. El caso de personas que no son capaces de comprender las consecuencias de las conductas y que obtienen algunos privilegios sociales en base a reacciones primitivas (en ocasiones violentas), pueden cometer delitos o afiliarse con grupos de delincuentes, siendo carne de cañón para trastornos de conducta. En qué medida su minusvalía y su mal funcionamiento del cerebro esta detrás de estos hechos nuevamente no nos permite realizar relación causa-efecto. Puede existir una relación remota, pero hoy desconocemos los lazos bioquímicos, funcionales y secuenciales del proceso.

### **6.3. PRISIÓN Y CEREBRO**

Los estudios de seguimiento de hasta 20 años de personas que cumplen condenas son desalentadores. La marginalidad el delito, las drogas y el desarraigo, son los compañeros habituales de más del 50% de las personas que cumplen largas condenas en prisión. Podríamos afirmar que la privación de libertad no ha conseguido sus fines y nos plantea el interrogante de si podemos hacer algo mejor, tanto para estos sujetos como para la sociedad en la que nunca se van a integrar.

Cuando se empieza a cumplir una condena larga, se pierden muchas cosas. A la mitad de las mujeres y al 75% de los varones, se les retira la custodia de sus hijos. Una proporción importante van dejando de recibir visitas de sus allegados. No es posible mantener aficiones, y objetos personales y la vida se va homogeneizando con la disciplina de un régimen de vida rutinario alrededor de la desconfianza y el control que imponen las medidas de seguridad.

El cerebro tiene que reaccionar frente a la escalada de cambios y las respuestas pueden ser disfuncionales. Se llega a producir un miedo a volver a la libertad, un sentimiento de incapacidad para encontrar trabajo y poder empezar de nuevo una vida normal es una duda sobre la aceptación del pasado que muchos sujetos no lograr asumir y superar. Vivencias de odio, de negación de la realidad, de oposicionismo y rebeldía aparecen sin ser resueltas.

La neuroplasticidad se entiende hoy como la riqueza generada por la neurobiología de las relaciones interpersonales. En prisión se reduce este estímulo necesario y cambia la estructura del cerebro, su reactividad y su capacidad de socialización espontánea.

Para otros sujetos la prisión es un momento privilegiado para conocer y empezar tratamientos psiquiátricos. Porque lamentablemente antes no habían tenido acceso a ellos. Si analizamos el uso de servicios sanitarios en pacientes que se podían beneficiar de ellos por tener enfermedades curables, 12 meses antes de la detención sólo un 10% de abusadores de sustancias y un 20% de

pacientes psicóticos siguieron alguna forma de tratamiento médico, la mayoría en atención primaria, en el Reino Unido. El interrogante que se nos plantea es si es la falta de diagnóstico y tratamiento lo que contribuye a cometer el delito o si deberíamos reforzar nuestros recursos sobre este pequeño grupo que pide tratamiento y que deberíamos tratar con más intensidad.

Todavía no podemos hablar de una “minusvalía social”, pero otros términos homologables, nos evidencian que hay personas con graves problemas para ser aceptados en la sociedad que les toca vivir. Hay personas que toda la vida suscitan rechazo y que no aprenden a seleccionar un ambiente hostil de un ambiente de aceptación. La Convención de 2006 de la ONU sobre personas con discapacidad, habla de deterioro mental, como barrera para participar en la sociedad.

Para estos pacientes se han propuesto tratamientos múltiples que combinan el derecho a la libertad con la necesidad de periodos de ingresos involuntarios en instituciones asistenciales. Esto es fácil y frecuente en Aragón pero no alcanza todavía a todos los que lo necesitan.

Siempre han existido voces que llaman la atención sobre “la toxicidad de la prisión”.

- El ambiente dista de ser terapéutico.
- La información sanitaria del resto de internos y el nivel de relaciones interpersonales es complejo.
- Es difícil contar con las familias, que son el lazo de unión con los tratamientos que se ha demostrado más eficiente.
- El consumo de sustancias psicoactivas, en una sociedad permisiva los hace especialmente vulnerables a patología crónica dual, que empeora la evolución de la enfermedad. Recordemos que este hecho en prisión se ha descrito como epidémico.
- Es difícil estimular funciones sanas en un ambiente restrictivo sometido al control y a la manipulación que dicta la necesidad de cumplir una pena.
- Es difícil interpretar la disciplina cuando existe esta minusvalía social.
- Se genera una autoexclusión del grupo, soledad y mayor deterioro.

Hay sujetos que no toleran la prisión y que van a obtener el resultado contrario al deseado. La Ilustración presenta el cumplimiento de penas con privación de libertad como una alternativa a los castigos corporales, bajo la filosofía de la penitencia, en la ayuda del propósito de la enmienda.

En teoría la privación de libertad:

- Debería ser algo desagradable y rechazado por el sujeto.
- Producir algún tipo de sufrimiento personal.
- Posibilidad de cambio para evitar la reiteración del delito.

¿Qué ocurre con las personas de tal frialdad y anestesia afectiva que no se inmutan ante la sentencia penal y asumen un papel dirigente y victimista en el medio penitenciario? Se ha estudiado el proceso interno de la estancia en prisión con resultados muy heterogéneos. Los significados y el impacto en la vida de los presos son muy variables. Se denomina prisonización al acostumbamiento e identificación con el medio y se considera una catapulta para nuevos delitos. Con dudas sobre la duración e intensidad de estos procesos, esta universalmente aceptado que la prolongación de estancia en prisión conlleva un “estilo de vida” y una adaptación a la cultura de vivir sin libertad. Todo ello modula la visión del interno de sí mismo, de los demás y aumenta las distancias con la sociedad civil de la que procede.

La intervención sobre la memoria de la estancia en prisión se ha propuesto como un elemento clave de la reinserción social.

En el medio penitenciario se producen hechos de importancia:

- La privación de libertad condiciona las respuestas del sujeto y añade un factor de complejidad a la recuperación funcional, de la salud y del equilibrio mental, que se altera en todas las enfermedades.
- La separación del ambiente familiar y de las redes sociales conocidas por el paciente es otro problema que interfiere en la mayoría de los periodos de recuperación, comunes a las enfermedades mentales. Si a un paciente con fracturas le impidiéramos la movilidad durante meses después de consolidar el callo óseo, tardaría más en poder hacer vida normal. Lo mismo ocurre con un paciente con depresión, con angustia, con delirios o con desorganización de conducta. En ambientes desconocidos le cuesta un tiempo adicional recuperar la normalidad funcional de su psiquismo, aun disponiendo de tratamientos eficaces para los síntomas específicos de su enfermedad.
- La altísima prevalencia de abuso de sustancias psicoactivas plantea riesgo de trastorno dual, que complica la evolución de ambas enfermedades y que requiere no ya la suma de dos tratamientos sino un abordaje especialmente complejo y más prolongado.
- Finalmente nos encontramos con la prisión como un punto final de personas en las que han fallado múltiples tratamientos previos y una de las explicaciones de su ingreso en prisión es la presencia de déficit y minusvalías crónicas secundarios a su enfermedad. No hay una relación causa efecto entre enfermedad y delito, pero sí un círculo de relaciones complejas, a través del cual enfermos crónicos, con mala evolución, pierden el apoyo de su familia, pierden arraigo social y entran en la cadena del delito, la inadaptación y finalmente, entran en prisión.

Todo esto justifica una especial preocupación y una necesidad de disponer de tratamientos individualizados, para mejorar la calidad de vida de estos pacientes que tienen que pasar periodos de su vida en prisión y para aplicar técnicas de rehabilitación y recuperación funcional, por el sistema nacional de salud, que haga que el tratamiento sea equiparable al que se dispone para los

enfermos que no están privados de libertad en la red general de asistencia sanitaria.

#### **6.4. FUNCIONALIDAD Y RECUPERACIÓN:**

Algunas enfermedades mentales se han definido como patología de la libertad frente a uno mismo. Los episodios clínicos agudos cursan con incapacidad para hacer una vida normal. El paciente no sabe cuidarse y representa una amenaza para sí mismo y en ocasiones para los demás. Analizando la biografía de las personas con episodios psicóticos vemos que los síntomas ocultan una dificultad de adaptación ante la incapacidad de sentir bienestar en la búsqueda de la felicidad.

El nivel funcional de personas enfermas, antes de enfermar, y antes de entrar en prisión no ha sido bueno. Por esto para proponer recuperación funcional tenemos que conocer el nivel de autonomía y satisfacción previo. Ser feliz es una ideología que entra en un ámbito ligado a la antropología, a los derechos humanos y al hedonismo de la sociedad y la cultura actual. Frente a la homogeneidad (en la que nuestros antepasados situaban la felicidad), de la mayor parte de los períodos de la humanidad que conocemos, en los que grupos sociales se definían por su empleo del tiempo y sus objetivos personales, surge la sociedad postmoderna de la mano de una especial concepción de la libertad y la autonomía, que, aunque cargada de contradicciones, nos explica muchos problemas de nuestro entorno.

Capacidad de valerse por sí mismo en el grupo social de pertenencia, parecería raro en la sociedad gremial medieval, donde la supervivencia era la consecuencia de la complementación de las tareas de unos y otros y las grandes familias uno de los focos de poder y de seguridad.

1. Entendemos el autocuidado, como la correcta organización de la vida, la supervivencia en el lugar, (esto es uso de transporte público, uso del dinero, cumplimiento de normas sociales, etc.) Veremos que muchas personas desde niños nunca han cumplido normas sociales y nunca han sido autónomos, pero es lo que se les pide a partir de los 18 años, en un medio que muchas veces es más que hostil. La autonomía habría que situarla en el sistema relacional de convivencia y clásicamente se ha definido en el medio familiar. Muchas conductas individuales sólo pueden entenderse desde el sistema familiar y su tratamiento debe partir de este hecho y de esta circunstancia.

2. En segundo lugar está la capacidad de trabajar. Pero hay personas que no quieren trabajar, que no tienen capacitación más que para trabajos que a ellos no les gustan y que huyen de esta situación que identifican como foco de infelicidad y disfunción. Otros, por la carestía del trabajo remunerado nunca tendrán acceso estable al trabajo organizado y la inestabilidad en el mismo. El cambio de contratos y la precariedad será una fuente continua de inestabilidad y disfunción.

3. Vivir en familia. También esto será difícil para muchos, especialmente varones, que a través de las separaciones, la incapacidad de resolver conflictos, el uso recreativo del alcohol y las drogas van a verse abocados a la soledad y van a tener este campo cerrado.

4. Finalmente, la organización del tiempo libre: Dónde decide uno ubicarse en las alternativas de la sociedad. La vida nocturna, los lugares de diversión, el acceso a grupos sociales, y las posibilidades de interrelación hacen que la afiliación anormativa sea una realidad y el caldo de cultivo para que los menos capacitados, sufran graves consecuencias, personales, médicas, físicas, sociales y ontológicas, frustrando el futuro y marcando un itinerario de conflicto.

Si funcionalidad es un concepto próximo a la ideología, la cárcel, aparece como un instrumento al servicio de la ideología de género donde lo que se pena es algo que discrimina negativamente al varón en esta sociedad. Si las mujeres pueden vivir como seres humanos sin entrar en prisión ¿seremos capaces de hacer lo mismo con los varones?- Esto es así independientemente del consumo de drogas, de la enfermedad, del grupo social de pertenencia y de la educación recibida. Si las mujeres como seres humanos no lo necesitan, si no es útil para ellas y existen alternativas eficaces, intentémoslo con los varones.

Las preguntas que nos hacemos son:

¿De qué funcionalidad previa proceden los internos en centros penitenciarios de Aragón?

¿Qué funcionalidad busca la rehabilitación penitenciaria?

¿Tiene que ver con la neuroplasticidad y el neurodesarrollo?

Lógicamente las respuestas deben ser heterogéneas y las líneas divergentes en los itinerarios personales; señalaremos algunos de los más prevalentes sobre los datos recogidos de forma naturalística.

Los tipos de funcionalidad sobre los que puede trabajar la rehabilitación, deben contemplar el interclasismo social y la cantidad de vasos comunicantes que la sociedad ofrece, si son en el sentido positivo de mejorar y prevenir el conflicto, mucho mejor.

El concepto de deterioro funcional o “defecto” post psicótico, fue introducido desde hace más de 100 años, y al principio se le llamaba demencia precoz, pero hoy se estudia como un fallo funcional en la interacción del sujeto con el ambiente. En los hospitales, sin iniciativa para el paciente en la organización de la vida diaria y con monotonía, el defecto hace a la persona una caricatura pasiva de lo que fue.

En un ambiente social laboral, relacional y exigitivo las reacciones son totalmente diferentes. Todos los estudios sobre rehabilitación psicosocial, van unidos al hecho de cambiar los mecanismos neuropsicológicos que subyacen al deterioro, principalmente las funciones ejecutivas, la activación del lóbulo frontal, en la toma de decisiones, como sistema de activación del resto de funciones y circuitos del resto del cerebro. Se han denominado síntomas

negativos la indiferencia afectiva, alogia, abulia, anhedonia, pobreza del pensamiento.

La disfunción social y ocupacional se asocia a un peor funcionamiento del cerebro. Jim Van Os plantea el concepto de recuperación existencial, como suma de la cognición social e instrumental, que incluye la integración en una red social interactiva.

Es posible introducir actividades socialmente útiles, estudio, trabajo, servicio a la comunidad en la que se vive, reparación a las víctimas, y aplicación de conocimientos personales en programas pro-sociales dentro del centro penitenciario.

Áreas de entrenamiento: Solución de problemas, estímulos de la atención sostenida, memoria de trabajo, evitar la saliencia aberrante, o interpretación errónea de los estímulos, con una disimetría cognitiva en el procesamiento de la información.

Definimos patología ligada a la privación de libertad caracterizada por el afecto aplanado, la dificultad para la interacción y la anomia social, con tendencia al conflicto: síndrome transitorio, evitable y tratable.

Es necesaria una forma de desprogramación del tiempo pasado en prisión; lo mejor es reducir la duración de aquellas condenas cuyas consecuencias y características lo permitan para conseguir los mismos resultados pero por medios alternativos. El Objetivo final es la prevención del delito.

La Ley General de Sanidad establece la necesidad de integrar la asistencia psiquiátrica en la red general de asistencia sanitaria. En los últimos 30 años se vienen poniendo en marcha servicios ambulatorios y centros de tratamiento que sustituyen de forma progresiva a los hospitales psiquiátricos. Las consultas ambulatorias representan el centro de la asistencia y en Aragón se ha optado por ubicarlas en los centros de salud para potenciar los programas de enlace e ínter consulta con los médicos de atención primaria.

El objetivo prioritario de la red de salud mental y asistencia psiquiátrica es conseguir tratamientos eficaces, de calidad y terminar con la estigmatización que sufren muchas personas por el hecho de padecer una enfermedad psiquiátrica mejorando el conocimiento de la población general sobre estas enfermedades y el acceso a los recursos asistenciales.

## **6.5. INTERROGANTES A ESTUDIAR**

Las preguntas que nos hacemos en este punto de partida son:

- ¿Existen internos en las prisiones aragonesas, que podrían ser considerados como enfermos crónicos con necesidades de tratamiento específicas?

- ¿Existen recursos suficientes para garantizar la continuidad de los tratamientos psiquiátricos en el medio penitenciario?
- ¿Hay que ampliar los equipamientos y servicios disponibles?
- ¿Qué medidas preventivas deben considerarse?
- ¿Qué prioridades deben plantearse?

La conclusión final consistirá en proponer medidas concretas dirigidas a mejorar la calidad de la asistencia y a mejorar los equipamientos de nuestra sociedad en este campo, complejo del cumplimiento del delito.

Conocida y admitida la importancia de tratar a las personas que permanecen en prisión con los mismos derechos y posibilidades que si no estuvieran presos, vamos a ver datos de nuestro medio por grupos clínicos.

## **6.6. MATERIAL y MÉTODOS DEL ESTUDIO**

Decidimos estudiar una población, penitenciaria con penas prolongadas, que incluyera tanto primeros delitos como personas con períodos de cumplimiento penitenciario previo y escogimos una muestra del centro penitenciario de Daroca, consistente en las derivaciones de los médicos generales al psiquiatra del centro penitenciario, durante 12 meses para analizar las siguientes variables.

1. **DIAGNÓSTICO CLÍNICO.** Nos dará una visión del tipo de enfermedades, de su momento evolutivo, su cronicidad y de las necesidades de tratamiento.
2. **CLASIFICACIÓN MULTIAXIAL.** Se admite en psiquiatría que además de conocer el diagnóstico clínico, evaluar el tipo de personalidad del sujeto, las enfermedades médicas que pueda padecer y el soporte social así como la tensión vital que soportan, (referidos a los 12 últimos meses) son informaciones necesarias para decidir sobre los tratamientos necesarios para cada sujeto.
3. **TIPOS DE DELITOS.** Definidos cualitativa y cuantitativamente (por el número de años de condena). Los hemos agrupados en delitos centrados en el tráfico y consumo de drogas. Delitos por robos. Delitos graves, que incluyen lesiones o agresiones graves a personas.
4. **FACTORES BIOGRÁFICOS Y DEL DESARROLLO** La concepción mayoritaria en el ámbito médico sobre el cerebro y sus enfermedades se basa en el neurodesarrollo. Nos referimos a "itinerarios psicopatológicos" para explicar la continuidad de unas enfermedades con otras, la comorbilidad y las complicaciones médicas. Estudiaremos el concepto clínico de "adversidad", la adaptación escolar y laboral y la convivencia con familiares enfermos durante la infancia.

5. USO DE SUBSTANCIAS PSICOACTIVAS. Medido a través de edad de inicio, historia de tratamientos previos, complicaciones infecciosas y existencia de consumos recientes.
6. FACTORES PSICOSOCIALES. Edad, lugar de residencia.
7. ACTITUD ANTE LA PERMANENCIA EN PRISIÓN. La hemos medido a través de una escala propia (Querol, Civeira, 2010) que mide la capacidad de adaptación y afrontamiento, afectivo, conductual, relacional y familiar a la estancia en prisión.
8. TIPO DE TRATAMIENTO EN EL MOMENTO DE LA ENTREVISTA. Un indicador disponible es el número y el tipo de psicofármacos que el interno esta tomando y su relación con criterios diagnósticos. En los sistemas públicos de asistencia sanitaria puede darse la circunstancia de que una persona empiece tomando un tratamiento y lo mantenga durante años sin indicación médica pero con una fe ciega en él y un deseo querulante de seguir tomándolo. Este problema en las prisiones se centra en el abuso de tranquilizantes y en las mezclas de psicofármacos, que algunos pacientes exigen tomar de forma crónica.
9. TRATAMIENTOS NECESARIOS. Por analogía con el punto anterior es interesante ver la prescripción farmacológica del psiquiatra después del estudio clínico.
10. DATOS SOBRE EMIGRACIÓN Y LUGAR DE RESIDENCIA. Estudio del lugar de nacimiento y el habitual de residencia.

La recogida de datos se realizó a través de entrevistas clínicas semiestructuradas, utilización de escalas y cuestionarios para las distintas enfermedades y evaluación detallada de la historia clínica con los informes intra y extrapenitenciarios. Cuando había duda respecto a algún dato se ha dado preeminencia a la información facilitada por el paciente.

Como grupo control se ha utilizado una muestra de pacientes derivados que no cumplen criterios de enfermedad psiquiátrica y que, por lo tanto, son comparables en todos los datos de interés del estudio menos en el criterio clínico y la evaluación conjunta de datos del psiquiatra consultor del centro.

El estudio pormenorizado de los diagnósticos se ha sustituido por una cuádruple agrupación de casos común en estudios de este tipo.

1. PSICOSIS. Agrupa a todos los pacientes que han presentado síndromes psicóticos de al menos un mes de duración y han sido tratados con neurolepticos, con buena respuesta clínica. Se incluyen esquizofrenias, psicosis afectivas, psicosis tóxicas y trastornos delirantes persistentes.

2. Trastornos con predominio de la Internalización. Agrupan depresiones recurrentes, trastornos por angustia, hipocondría, cuadros conversivos y somatizaciones crónicas.
3. Trastornos con predominio de la EXTERNALIZACIÓN. Problemas ligados al control de impulsos, déficit de atención del adulto, trastornos de conducta ligados al consumo de alcohol y drogas, conductas disociales y otros trastornos de conducta.
4. Enfermedades sobrevenidas, que agrupan los trastornos adaptativos, especialmente con angustia y depresión y unos cuadros más complejos ligados al institucionalismo, que se caracterizan por la patoplastia de los síntomas.

## **6.7. RESULTADOS**

### **NECESIDAD DE TRATAMIENTO ESPECIALIZADO**

La distribución de los dos primeros ejes clínicos refleja la realidad habitual que recogen los datos epidemiológicos para población penitenciaria. El grupo más numeroso es el que se caracteriza de forma crónica por la dificultad de controlar la conducta, le siguen los trastornos del ánimo y la angustia, las enfermedades sobrevenidas, las psicosis y finalmente el deterioro cerebral.

El análisis clínico de 200 casos derivados a consulta psiquiátrica (Civeira, 2009) refleja que 22 de estos pacientes son candidatos a tratamientos intensivos fuera del medio penitenciario, esto es un 15% del total de casos verdaderos diagnosticados por el psiquiatra tras el filtro de los médicos de cabecera. Vienen a ser entre un 2 % y un 5% del total de internos. Aplicando la legislación sobre enfermos crónicos, El Sistema Nacional de Salud, debería disponer de plazas de media estancia para tratamientos prolongados, de estos pacientes, con déficits y minusvalías funcionales, que no van a poder integrarse en el tratamiento penitenciario. La mayoría de ellos no dispone de apoyo familiar.

De los 200 casos remitidos, 142 están enfermos. De ellos 28 son enfermedades sobrevenidas que se inician dentro de la prisión; 86, tienen un trastorno de personalidad (en este grupo hemos incluido 28 casos con coeficiente intelectual límite entre 55 y 70 puntos en la escala WAIS) De los 58 internos con criterios de trastorno de personalidad, 22 no tienen diagnóstico nosológico. Al analizar la relación entre enfermedad psiquiátrica y trastorno de personalidad no encontramos asociaciones, esto es son dos variables independientes.

Como era de suponer, de los 114 enfermos crónicos, 26 habían sido hospitalizados en unidades de psiquiatría de corta estancia, previamente, lógicamente por episodios agudos de sus enfermedades (14 de los 24 con psicosis)

44 internos tienen enfermedades médicas graves crónicas que justifican otros tratamientos; más de la mitad de ellos por patología infecciosa grave ligada al consumo de drogas.

Respecto a los ejes 4 y 5 de soporte social y de nivel de adaptación, los hemos relacionado con el número de visitas recibidas en prisión, la calidad de red social de apoyo que mantienen fuera de prisión, y al nivel de conflictividad en los años previos de ingreso en prisión. Como cabía suponer los resultados reflejan que la mala red social y la falta de soporte familiar, se acompaña de una conducta más complicada y conflictiva dentro y fuera de prisión y por lo tanto de menos visitas y mayor necesidad de aplicación de medidas disciplinarias.

A pesar de tratarse de una población joven vemos que predominan los sujetos con mal soporte social y con niveles altos de marginalidad, lo que también aparece reflejados en la conflictividad. Los diagnósticos de enfermedad psiquiátrica nos explican la conflictividad pero no la falta de red social.

Conflictividad y aislamiento social van de la mano en este centro. Lo que está demostrado es que ambos factores se combinan. Cuanto más duradera es la privación de libertad, menor es la red social extrapenitenciaria.

Si sumamos esta enfermedad grave sin tratamiento, trastorno de personalidad de cualquier tipo, y falta de visitas, encontramos incapacidad de adaptación y alto consumo de medidas de seguridad con mal seguimiento de objetivos de rehabilitación y tratamiento penitenciario.

El padecer una enfermedad no se asocia ni con la reincidencia ni con el tipo de delito, tampoco con la gravedad del mismo. Cuando un sujeto comete un delito, lo hace tenga o no una enfermedad.

En este estudio nos encontramos con la necesidad de tratamiento en aquellas personas enfermas.

## FACTORES BIOGRÁFICOS Y DEL DESARROLLO

El primer hallazgo importante refleja que en los primeros años de la vida la proporción de personas con adversidad psicosocial es muy alta. No hemos encontrado un efecto sumatorio de distintas formas de adversidad estudiadas, por esto hemos clasificado la muestra en pacientes que la padecen frente a los que están libres de ella. El delito en esta población se ha descrito como un paso más en un itinerario vital complejo. Lo que vemos es que la adversidad es un factor ligado al hecho de entrar en prisión y no se asocia con factores diagnósticos.

Sólo un tercio han superado los estudios primarios, siendo los pacientes con enfermedades sobrevenidas y trastornos con externalización los que presentan mayor fracaso escolar.

128 están solteros. La mayoría no mantiene buena relación con su familia de origen y la proporción de sujetos con familiares presos es muy pequeña. Han vivido en familias con pacientes psiquiátricos crónicos 74 sujetos, sin que exista asociación estadística con los grupos diagnósticos.

## USO DE SUBSTANCIAS PSICOACTIVAS

142 sujetos de nuestra muestra han consumido desde la adolescencia en cantidades variables. Siendo difícil objetivar su historial de consumo, analizaremos algunas consecuencias del consumo que nuevamente nos indican la gravedad de esta conducta adictiva. Indicadores de la gravedad de sus consumos son los tratamientos previos. 40 casos habían sido tratados con metadona como minimización de daños, 64 habían seguido tratamiento para intentar dejar de consumir drogas.

Admiten seguir consumiendo un tercio del total de casos en todos los grupos 52 tienen anticuerpos de hepatitis y 36 son HIV +.

## FACTORES PSICOSOCIALES

Nuestra muestra es muy similar a la de la mayoría de los centros penitenciarios de España. La edad promedio es de 32 años con 8 años de desviación típica. Solo un tercio vive en Aragón y como es lógico la presencia de residentes en comunidades autónomas próximas es muy alta. No hay relación con los diagnósticos.

## ACTITUD ANTE LA PERMANENCIA EN PRISIÓN

Llegamos a uno de los parámetros que van a tener mayor interés en nuestro análisis. Hemos clasificado a los internos en relación con la aceptación del medio de vida penitenciario a través de dos instrumentos. En el primero de ellos vemos que la mitad de la muestra aparece con dificultad de adaptación y respuesta disfuncional. Patrones estereotipados ligados a la despersonalización, o lo que es más grave a la pérdida de individualidad explican por un lado la frialdad y exponen a un 25% a un oposicionismo activo, que empeora el pronóstico y bloquea en muchos casos la aplicación del tratamiento penitenciario.

También vemos que los diagnósticos son independientes de este criterio.

## TIPO DE TRATAMIENTO EN EL MOMENTO DE LA ENTREVISTA.

Otra forma de medir la actitud y la capacidad de colaboración es analizar la respuesta del interno a propuestas concretas de tratamiento en el medio penitenciario. Una pequeña proporción de sujetos, solicitan la prescripción de sustancias psicoactivas y el hecho de negarlas posiblemente explica actitudes

de oposicionismo y rechazo. La gran mayoría entra en el grupo de colaboradores y aunque con grados de motivación muy variables, hemos de aprovechar este hecho para mejorar sus niveles de salud. Sólo un 20% llegan sin tomar psicofármacos y sólo a dos individuos ha sido posible retirar la totalidad de los que tomaban previamente.

Se ha logrado en un año disminuir el 50% de los psicofármacos que venían tomando de forma habitual introduciendo criterios específicos para prevenir recaídas de su enfermedad crónica. Entendemos por tratamiento específico aquel que tiene indicación aprobada para la enfermedad fundamental del sujeto. De 24 casos derivados con tratamiento específico pasamos a 146 pacientes. La explicación más plausible es el arrastre de medicaciones de intervenciones en crisis agudas que los internos consideran que deben seguir tomando y que no es contrastada por su equipo médico que debe pactar y aceptar en ocasiones peticiones de los pacientes que no son seguidas por el psiquiatra. En esta muestra nos encontramos, por ejemplo, que el consumo de psicofármacos es excesivo, en especial de benzodiacepinas, siendo muy difícil conseguir que los internos colaboren en la disminución de las mismas. Pero hay que intentarlo y conseguirlo.

#### TRATAMIENTOS NECESARIOS.

De este grupo de casos a 68 se les atendió con el modelo de Inter consulta, o lo que es lo mismo, pregunta-respuesta para que el mismo médico de cabecera continuase el tratamiento. 76 de ellos tuvieron menos de 5 entrevistas que hemos denominado supervisión breve y a 58 se les propuso un seguimiento más continuado en el tiempo, (casi un 40%) tanto para evaluación clínica periódica y adaptación del tratamiento como para aplicar técnicas de terapia específicas. Esto incluye al menos 8 entrevistas en un año. Podríamos decir que el 25% de la eficacia clínica será farmacológico el 25% clínico y el 50% de las actuaciones serán grupales, ocupacionales y mejora de habilidades del sujeto en el medio habitual de vida.

Encontramos algunos internos del grupo control en el apartado de seguimiento por dos razones. Todos ellos están tomando más de tres psicofármacos y se les plantea periódicamente la conveniencia de reducción y suspensión de los mismos, propuesta que inicialmente no aceptan a pesar de las explicaciones médicas de que no padecen ninguna enfermedad que vaya a beneficiarse de su uso. Un pequeño grupo solicita a través de instancias reglamentarias ser atendidos periódicamente y tal y como ocurre en el sistema regional de salud, se les atiende tantas veces como ellos lo solicitan. De los datos recogidos deducimos que hay enfermos crónicos poco colaboradores a los que nos se les ofrece la posibilidad de tratamiento o existen motivos para retrasarla en el momento actual y que el núcleo de intervención es el de aquéllos con posibilidad de mejoría con los recursos disponibles. Esto es, con mayor motivación. En un segundo nivel de intervención habrá que ofrecer también tratamiento a los que son más reacios porque no tienen conciencia de enfermedad. Instituciones Penitenciarias está poniendo en marcha un plan integral para el 3% del total de internos que cumplan estos criterios de

enfermedad crónica, para fomentar su motivación y su adherencia al tratamiento.

La mala adherencia lamentablemente se relaciona con el hecho ya citado de retirar psicofármacos que se toman de forma crónica y sin justificación clínica. Pero la gran mayoría de internos colaboran bien en lo que se les propone. Otro tema es la voluntad real de cambio en temas tan importantes como el consumo de drogas, el abuso de psicofármacos o la incorporación a tareas ocupacionales. Inicialmente éste es uno de los parámetros que quisimos recoger, pero esta población analizada sólo en una pequeña proporción participa en talleres y sus datos de actividad no fueron suficientes.

## **6.8. ITINERARIOS MEDICO PENITENCIARIOS**

- a) Entre un 3% y un 6 % de la población que cumple penas, en cualquier momento sufre minusvalía psíquica o déficits en su capacidad de conocimiento, ligado a la existencia de delirios y alucinaciones crónicas o bien estados residuales consecuencias de los episodios psicóticos padecidos. La mitad de ellos han sido diagnosticados de esquizofrenias y el resto cumple criterios nosológicos de psicosis afectivas, atípicas y trastornos delirantes recurrentes. A lo largo de su vida penitenciaria pueden presentar un promedio de una reagudización cada 5 años, pero la asociación de drogas, el abandono de tratamiento y la existencia de estrés multiplican esta cifra. Sobre una muestra de 34 casos en tres años hemos tratado un total de 12 episodios psicóticos lo que representa al menos uno cada tres años de condena, esto es al menos el doble de lo esperado, pero la cifra posiblemente será mucho mayor. Estos pacientes corresponden al perfil clásico de enfermo con estancias prolongadas en instituciones, ingresos periódicos en unidades de agudos y necesidad de tratamiento la mayor parte de su vida. Proporcionalmente su importancia numérica es pequeña pero las necesidades de tratamiento requieren la puesta en marcha de programas específicos, que IIPP se plantea implementar en el momento actual.
- b) Consumidores de sustancias psicoactivas con enfermedades psiquiátricas, que afectan a su control de conducta con psicopatológica múltiples cambiantes y con graves dificultades de adaptación al medio. Un tercio consume metadona, un tercio, gran cantidad de psicofármacos, y un tercio mantiene hábitos tóxicos. No tienen motivación para cambiar, son conflictivos y queman recursos terapéuticos de forma sucesiva dentro y fuera del medio penitenciario. La mayoría han sido evaluados por el psiquiatra y sindromicamente cumplen criterios heterogéneos, pero no se plantean seguir tratamiento ni muestran voluntad de cambio. Su adaptación al medio es paradójicamente buena, y conocen las

medidas disciplinarias, que asumen con naturalidad de forma periódica.

- c) Enfermedades sobrevenidas. 90 % de las cuales son de muy buen pronóstico, evolucionan favorablemente y son susceptibles de curación al igual que en el medio extrapenitenciario. La depresión, la angustia, la adaptación y múltiples cuadros menores en proporción.
- d) Personalidades inestables con largas condenas, múltiples trastornos de conducta y sin diagnósticos claros, que consumen drogas de forma compulsiva y son encuadrables en trastorno límite de personalidad. Representan casi un 10% de nuestra muestra y son los que plantean mayor dificultad de tratamiento, menos base empírica de comprensión y una complejidad relacional. Pueden aparecer en la consulta por somatizaciones, intoxicaciones, amenazas autolesivas y siempre por conflicto multilateral y sin finalismo. Ponen a prueba los servicios en un desafío continuo, con un coste grande en todas las facetas de la vida. Son insatisfechos crónicos, imprevisibles, y alternan breves períodos de adaptación transitoria entre conflicto y conflicto.
- e) Adversidad crónica. Posiblemente este grupo va perdiendo importancia cuantitativa pero sigue llamando la atención de cómo grupos sociales desfavorecidos recorren un itinerario existencial, uno de cuyos estadios es la prisión. Familias sin recursos, desorganizadas, con patología en la vinculación y en la crianza, fracaso en la escolarización y múltiples signos de exclusión social. El 50% de ellos nunca han trabajado, el 75% no tienen profesión, están los sin cualificar donde predominan aquellos que ni siquiera lo han intentado. Las drogas y las enfermedades aparecen como compañeros transitorios de viaje.
- f) Emigrantes que no se adaptan al nuevo sistema de vida. De entre ellos la pérdida del soporte social y la cohesión con otros emigrantes empeora el pronóstico. Un 29% de nuestra muestra forman parte de este grupo. con impulsividad periodos de abandono personal, y riesgo de graves trastornos de conducta.
- g) Emigrantes con apoyo familiar. Se comportan en prisión, híper adaptados, colaboradores, sin tener su conducta relación con el tipo de delito, la duración de la condena y la cantidad de tiempo que llevan en prisión. Estos últimos con ganas de aprender en la escuela y en cualquier actividad que se les ofrezca.
- h) Manipuladores abusadores de medicación, muchos de los profesionales del delito y controladores del medio penitenciario, como algo natural en el que imponen sus códigos y sus prioridades. Sólo un pequeño grupo accede al medio sanitario y su diagnóstico fundamental será de trastorno de conducta disocial.

De la lectura de estos datos concluimos que la aparición de la enfermedad mental tanto crónica como sobrevenida en la muestra analizada no se asocia con un patrón diferenciador penal, sino con una necesidad de tratamiento. Es un dato fundamental a nivel individual. El hecho de estar enfermo frente a no estarlo. El hecho de tener una enfermedad u otra no modifica los datos psicosociales de la muestra penitenciaria analizada y por lo tanto es un factor independiente que debe ser contemplado, no como algo diferenciador, sino como una necesidad individual de continuidad de cuidados. Esto coincide con la opinión mayoritaria de los pensadores de temas sanitarios modernos, que ven la enfermedad psiquiátrica como una enfermedad más en el sistema sanitario; esto es, la integración de la psiquiatría en la sanidad general y la aplicación de las normas sanitarias al igual que en el resto de las especialidades médicas.

El fondo de nuestro análisis resalta la conveniencia de prevenir, de elegir tratamientos alternativos a las penas de prisión pero no de hacer grupos específicos dentro de las prisiones que no tengan exclusivamente que ver con la aplicación de tratamientos concretos. Existen algunas propuestas experimentales que podrían plantearse para todos los internos.

1. Grupos psicopedagógicos rutinarios y periódicos que incluyeran charlas sobre la vida en prisión y mecanismos de adaptación.
2. Recursos docentes y coloquios abiertos a la discusión que sirvieran como ejercicio de libertad para lograr una mejor adaptación al medio.
3. Grupos entre internos y familiares, sobre contenidos relacionados con un mejor conocimiento de las estrategias de adaptación y afrontamiento, al igual que ya se han realizado en pacientes con psicosis crónica en el medio clínico y con el objetivo de conseguir la puesta en funcionamiento de los recursos del sujeto, en la nueva forma de vida. Esto será aplicable para internos en relación con los años de condena.
4. Actividades voluntarias en las que se establezca a modo de concurso una motivación especial del interno con incentivos penitenciarios y en un programa progresivo de logros.
5. Programas específicos de continuidad de cuidados, incluyendo habilidades personales y actividades de un sentido particular que fuesen integrables en las dinámicas de grupo.
6. Incluir un módulo con programas de actividades de la vida diaria, con monitores internos y dirigidos de forma voluntaria a aquellos sujetos con menos habilidades con objeto de lograr un clima terapéutico, especialmente en los módulos de respeto y los módulos terapéuticos.
7. Un caso especial son aquellos internos que ingresan por primera vez y que no es previsible que ingresen en más ocasiones. El perfil de delito ocasional o situacional, puede ser motivo de un análisis singular. Al igual que un hospital tiene un sistema general de funcionamiento pero más de 60 servicios y unidades independientes que gozan de capacidad de gestión, algunas estructuras dentro del medio penitenciario lo podrían plantear.
8. Programas cognitivo-conductuales sobre el manejo de medicación.

9. Cursos en cada centro de primeros auxilios y mediadores de salud, de común acuerdo con las autoridades sanitarias y con certificaciones académicas.
10. Cursos periódicos sobre motivación y apoyo en programas de deshabitación específica para cambiar los estilos cognitivo tóxicos prevalentes en muchos centros penitenciarios.
- 11.

Desde el punto de vista médico, sería necesario:

1. Colaboración con familias en la motivación y seguimiento terapéutico. En algunos casos las enfermedades tienen un componente familiar. Un espectro de actitudes y dimensiones que cambia gradualmente en función de la necesidad de adaptación al medio y que hace que el umbral entre la salud y la enfermedad se traspase. Contratos terapéuticos dirigidos a un mejor cumplimiento del tratamiento. Son posibles al menos en un 5% de los enfermos y especialmente útiles. Programas de condicionamiento operante individualizados incluyendo la utilización de psicofármacos.
2. Terapia ocupacional en un medio normalizado, a modo de empleo protegido.
3. Programa de continuidad de cuidados con los servicios médicos de referencia donde exista un seguimiento habitual del paciente.
4. Periodos de cumplimiento extrapenitenciario, con aplicación de técnicas disponibles en el centro.
5. Derivación a centros específicos en razón de enfermedad crónica.
6. Supresión de medicación no relacionada con criterios clínicos pero que lleva tomando durante más de 6 meses.
7. Aceptar algunas propuestas del paciente sin carácter contractual como mecanismos de integración en recursos del centro que tengan valor terapéutico y de ayuda a la adaptación al centro.
8. Programas con voluntarios, coordinados por trabajador social.
9. Actividades de motivación y entrenamiento de control interno, supervisadas terapéuticamente.

## **6.9. VISIÓN RESUMEN DE LOS DATOS**

### **INFLUENCIA DE LA ENFERMEDAD MENTAL**

Los objetivos a conseguir con estas medidas están dirigidos a toda la población, pero su efecto más beneficioso revertirá en los internos con psicopatología. Son: Prevenir el institucionalismo. Dar continuidad biográfica pro-social. Crear las bases de una actitud terapéutica progresiva y continuada. Minimizar los conflictos mejorando la eficiencia de subsistemas. Atender la heterogeneidad. Dar posibilidad de aprovechar recursos por sí solos, sanos, durante el periodo penitenciario. Minimizar secuelas y efectos secundarios de

la prisión. Mejorar los niveles de salud. Atender a la funcionalidad y la calidad de vida.

En conjunto podríamos destacar distintos grupos, con el denominador común de mejor pronóstico si llevan poco tiempo en prisión. Acúmulo de problemas, del desarrollo, abuso de drogas, mala actitud ante el tratamiento y abuso de sustancias psicoactivas en los condenados por robo de forma reincidente. Las enfermedades mentales aparecen como un acontecimiento personal que no se explica por las variables analizadas. Podríamos separar:

## TIPOS DE DELITOS

Hemos agrupado en tres capítulos las múltiples razones recogidas en la sentencia: El grupo más numeroso es por robo, en general con varias causas, lo que justifica la cifra de 9 años de promedio de condena. En segundo lugar, conductas ligadas al consumo y tráfico de drogas que reúne múltiples trastornos. Totalizan 10.36 años de condena, con 6.5 años cumplidos y 33.76 años de media en el momento de la entrevista.

Las asociaciones más significativas son: Delitos relacionados con uso de drogas, condenas menores de 4 años y sin antecedentes penales aparecen en personas sin patología clínica, del desarrollo, con mayor nivel de escolaridad y más experiencia laboral. Por el contrario, a mayor condena, mayor tiempo de prisión ya cumplido, mayor adversidad y aparición de factores personales negativos en todos los ámbitos. En el grupo de robos sólo hay pequeñas diferencias en relación a la duración de la condena y los delitos agrupados como graves son una amalgama de casos más heterogéneos. Las actitudes y adaptación empeoran con el tiempo pasado en prisión especialmente en los delitos por robo excepto el opositorismo que es de carácter individual y aparece en todos los momentos y en todo tipo de condenas.

### **6.10. INFLUENCIA DE SER DIAGNOSTICADO DE ENFERMEDAD MENTAL EN LA HISTORIA PENITENCIARIA**

El 40% de los casos estudiados empieza sus condenas antes de los 22 años y este hecho se asocia con especial fuerza en la cadena de riesgos: de gravedad en la comisión del delito, en la dificultad para seguir el tratamiento penitenciario, en el mayor riesgo para consumir drogas, padecer enfermedad mental y no seguir los tratamientos médicos.

Podríamos explicar este fenómeno como una adaptación negativa del cerebro en el neurodesarrollo, que se inmuniza frente al delito y la prisión y se contagia de una cadena de situaciones negativas que, por un lado dispara la vulnerabilidad para presentar enfermedades graves, y que, a través del trastorno de personalidad y el consumo de drogas genera una espiral que posteriormente será muy difícil de parar.

La colaboración de los médicos, en especial de los psiquiatras y los forenses con el sistema judicial, y penitenciario tiene su foco en la prevención de esta alteración del neurodesarrollo y en el tratamiento precoz de sus síntomas. Este planteamiento no es nuevo; ya Lombroso y múltiples criminólogos hablaban del carácter delincuente de algunos sujetos, que no serían susceptibles de mejoría con los tratamientos penitenciarios. También desde el punto de vista psicosocial, algunos grupos humanos, serían vulnerables a todo tipo de pobreza; el caballo de Troya de entrada al sistema penitenciario serán los robos. Pero el porqué de la suma de las marginalidades: pobreza, violencia, transgresión de múltiples normas, insensibilidad crónica, resistencia a los mecanismos de cambio, abuso de drogas y enfermedad mental puede situarse en el fallo del neurodesarrollo que podríamos cambiar interviniendo antes de que toda esa cadena se haya puesto en marcha.

La psiquiatría moderna pretende evitar las excepciones penales en razón de la enfermedad y afrontar la imputabilidad, la libertad y los derechos de los pacientes como el resto de las especialidades medicas. Pero es evidente que existen datos sobre la vulnerabilidad a la delincuencia de grupos humanos que tenemos que seguir investigando.

También podríamos aplicar esta teoría al hecho de la emigración, especialmente al acúmulo de estrés ante la adversidad, cuyo culmen será la pérdida de apoyo familiar y será la espoleta a la trasgresión y entrada en el sistema penitenciario.

Desde esta hipótesis del neurodesarrollo, veremos que la edad de inicio del cumplimiento de penas, distingue grupos importantes. Más del 50% del grupo de jóvenes tiene una actitud negativa frente a la prisión y lamentablemente también eso se traduce en mayor conflictividad. Es un círculo vicioso de graves consecuencias.

Una especial preocupación se plantea en el período previo a la salida de prisión, en la que el influjo de los años de condena será clave para tomar decisiones de ayuda en la reinserción social.

Internos con menos de un año pendiente nos muestran: A 32 sujetos les queda menos de un año para terminar su condena, 26 presentan una actitud favorable y positiva hacia el medio penitenciario, existiendo una interesante gradualidad según la duración de la condena pendiente Ninguno de ellos ha presentado conflictividad alta y sólo dos de nivel medio. En los últimos años, sólo 6 admiten consumir drogas, 10 no toman psicofármacos, a 18 se les recomienda monoterapia específica y solo 4 siguen con benzodiazepinas, suprimiéndose la polifarmacia. 8 de ellos carecen de red social externa y 10 la consideran muy precaria. 8 de ellos no tienen profesión ni experiencia laboral. 26 son reincidentes múltiples. 14 terminan su condena por problemas ligados al consumo de drogas y 16 por robo. Saldrán tras cumplir 5 años de condena media, con 31 años. Este grupo es el más tardío en el inicio al consumo de drogas.

Desde el punto de vista preventivo, la atención intensiva en este año, de preparación a la libertad, el acompañamiento en los permisos, la recuperación de la red social, la preparación para trabajar y la continuidad terapéutica serían claves para prevenir la reincidencia.

La mitad de nuestros datos asistenciales y de integración son diferentes del grupo que tiene hasta dos años de condena pendiente, pero muy diferentes del grupo con más de 5 años de condena pendientes.

### **6.11. RESPUESTA A LOS INTERROGANTES INICIALES**

-¿Existen internos en las prisiones aragonesas, que podrían ser considerados como enfermos crónicos con necesidades de tratamiento específicas?

De nuestros datos se deduce que entre un 2% y un 5% del total de internos deben seguir tratamiento en centros psiquiátricos y de tratamiento de enfermedades duales, durante toda o parte de su condena. Al menos un 10% requieren tratamientos específicos, siendo las terapias ocupacionales, la mejora educativa, las habilidades sociales pero, en especial, el cambio de actitud ante la prisión, la disminución de la conflictividad y la motivación para aprender conductas pro-sociales el centro del tratamiento.

-¿Existen recursos suficientes para garantizar la continuidad de los tratamientos psiquiátricos en el medio penitenciario?

La existencia de enfermedad crónica requiere de tratamientos específicos, que incluyen disminución de polifarmacia con psicofármacos, actualización del estado clínico de los pacientes crónicos, en especial de los que toman medicación y puesta en marcha de otras actividades terapéuticas. Que un 25% de los pacientes con necesidad de tratamiento reciban el mismo redundará en disminución de conflictos, ahorro de medidas de seguridad y mayor eficiencia del tratamiento penitenciario global.

- ¿Hay que ampliar los equipamientos y servicio disponibles?

La prevalencia de enfermedades mentales exige aumentar los recursos para equiparar la asistencia intra y extrapenitenciaria, especialmente en la utilización flexible de recursos ambulatorios y en la disminución de recaídas y complicaciones de la enfermedad. Atender la patología del neurodesarrollo aconseja poner en práctica programas en colaboración con los educadores, los responsables de taller y la coordinación del servicio sanitario y de tratamiento penitenciario, para corregir la vulnerabilidad a reincidir de los pacientes jóvenes, menores de 25 años, con carencia afectiva, baja escolaridad, falta de soporte social y abuso de drogas.

- ¿Qué medidas preventivas deben considerarse?

Como aportación singular creemos que el cambio de actitud, conseguir una mejor adaptación al centro y cambiar los mecanismos de frialdad afectiva, conflictividad y oposicionismo, sería una vía de introducción a los tratamientos disponibles y de mejora progresiva eficiente de los recursos específicos.

Potenciar mediadores sanitarios, grupos y redes sociales de trabajo y ocupación del tiempo libre, colaboración con ONG y recursos disponibles en el entramado social, redundará en una mejoría de los enfermos en privación de libertad y ayudará a un clima terapéutico cuya consecuencia será la disminución de la reincidencia.

El subgrupo de trastornos de personalidad requiere abordaje preferente, los jóvenes sin recursos sociales en sus primeras condenas, y las personas que deben pasar más de 7 años en prisión y sufrirán a partir del cuarto año un proceso de desajuste con mayor riesgo de presentar conflictos y deterioro personal.

## **6.12. PROPUESTA DE PRIORIDADES**

1. Atender a menores de 25 años motivándoles para tratamiento y garantizando continuidad terapéutica con los tratamientos médicos y sociales previos.
2. Programas de preparación para la salida en prisión tras más de tres años de condena, especialmente en aquellas personas con psicopatología.
3. Exposición progresiva a las actividades normales que podrán realizar al salir de prisión.
4. Tratamientos específicos para las enfermedades crónicas.
5. Atención y motivación permanente para que se conozca y se usen los recursos asistenciales disponibles, en especial, los programas de deshabituación de drogas intra y extrapenitenciario.
6. Mejora del soporte social mientras dure la estancia en prisión.
7. Ampliar los espacios terapéuticos para individualizar las respuestas a la heterogeneidad de personas privadas de libertad.
8. Potenciar el trabajo en equipo multidisciplinar, dando pie a un mejor conocimiento de las necesidades de los presos por el sistema sanitario y social de la Comunidad autónomas y viceversa. Establecer cauces de comunicación e intercambio de información.
9. Disminuir la duración de las penas de más de 4 años por programas más eficaces y que eviten los efectos secundarios observados, de marginalidad y deterioro conductual.
10. Disminuir la posibilidad de mantener abuso de sustancias activo para las personas con riesgo de trastorno dual.
11. Seguimiento de los adolescentes con medidas de control, ingresos en instituciones y dificultad de acceso al trabajo, para limitar su ingreso en el círculo de la delincuencia.

Si intentamos formular modelos de síntesis nos encontramos en esta muestra tres grupos en función de su lugar de residencia y variables clínicas compartidas por los españoles, que nos hacen inferir algunos mecanismos del funcionamiento penitenciario y de las consecuencias del sistema sobre los sujetos.

1. Los altos niveles de dificultad de adaptación para algunos grupos y el alto coste de las medidas de seguridad, justifican reflexiones sobre cómo evitar que los factores clínicos y psicosociales interfieran negativamente en el tratamiento penitenciario.
2. El número de enfermos con patología psicótica procedente de Aragón es objeto de preocupación.
3. Las peculiaridades de la población procedente de otras provincias, que debe cumplir largas condenas hacen previsible que al salir reincida y que la falta de arraigo social, explique sus niveles altos de conflictividad.

**Las soluciones posibles son:**

- 1 Apoyo especializado a la Clínica Médico Forense, en:
  - Diagnósticos del momento actual y del itinerario psicopatológico.
  - Fomentar pronósticos contemplando los recursos penitenciarios.
  - Estudio de alternativas al ingreso en prisión.
  - Coordinación entre los sistemas sanitario y judicial para la puesta en marcha de tratamientos individualizados que cambien el itinerario delictivo de los pacientes en colaboración con sus psiquiatras. Especialmente para pacientes complejos, que pueden responder a los tratamientos disponibles para su enfermedad.
2. Al igual que existe ya en el Reino Unido , poner en marcha una oficina de seguimiento de casos, tras su primer contacto con el sistema penal, para estudiar las necesidades y apoyar la toma de decisiones tanto clínica como legales. Extrapolando los datos anteriores incluiría entre 10 y 20 pacientes nuevos por año.
3. Poner en marcha 20 camas de media estancia, con medidas de seguridad que permita aplicar tratamientos eficaces, al igual que en los módulos penitenciarios de los hospitales para tratamientos por períodos de semanas y hasta 4 meses: Rehabilitación ocupacional, modificación de conducta, psicoterapia de redes sociales, socio terapia, retribución cognitiva, ambiente terapéutico y motivación para el cambio.
4. Coordinar las medidas penitenciarias con el programa individualizado, en especial los traslados de centro en internos con psicopatología. Especialmente importante es la continuidad ocupacional, la incorporación de ayudas externas, tanto familiares, de voluntariado, como profesionales superespecializadas, establecer relaciones interpersonales y comunicación afectiva de fuera.
5. Cada centro penitenciario debería disponer de un club social orientado a conectar a algunos internos con voluntarios, en un ambiente lo más espontáneo y próximo a la realidad social normalizada accesible para del régimen de vida penitenciario, en el que la iniciativa, la participación en actividades de grupo y la promoción dirigida de hábitos sanos pueda dar respuesta a los síntomas descritos.

6. Hacen falta instituciones y comunidades de “acogida”, para ingresar períodos prolongados en programas psicopedagógicos y de estimulación psicosocial para cumplir medidas de seguridad para situaciones de crisis y desarraigo, que permitan, al igual que se realiza ya en las comunidades terapéuticas, excarcelaciones (por tiempos variables) en personas que por su motivación, su pasividad o su sicopatología, van a ser claramente deterioradas en el medio penitenciario.
7. Dentro del equipamiento penitenciario, el aumento de plazas en los módulos terapéuticos permitiría la colaboración de los médicos con los equipos de tratamiento y una mejor atención a los pacientes reseñados. En las enfermerías la promoción de agentes de intermediación sanitaria, los cursos de psicopedagogía y los primeros auxilios, físicos y psíquicos fomentarían un ambiente de vida más sano y disminuiría los conflictos. Cada centro, de forma flexible, podría incorporar recursos de la Comunidad Autónoma de carácter sanitario, preventivos, asistenciales y rehabilitadores.

La propuesta que formulamos tiene varias implicaciones organizativas:

1. Mejora de la comunicación en todo el itinerario penal de los sujetos, con un hilo conductor de la psicopatología y en especial de la reactivación de hábitos tóxicos, que padecen un 50% de los internos, para tener una perspectiva longitudinal, que permita una aplicación eficiente de los recursos disponibles.
2. Puesta en marcha de servicios, previniendo las complicaciones y el uso de recursos actuales de forma ineficiente.
3. Abrir Instituciones forenses, unas dependientes del ámbito sanitario, con medidas de seguridad y otras penitenciarias con equipamiento sanitario específico, para responder a la demanda de la sociedad cambiante en la que vivimos.
4. Limitar la duración de la privación de libertad en aquellos casos en los que no sea imprescindible; sustituir parte de las condenas por medidas de ayuda a la comunidad, por medidas de resarcir a las víctimas, y por medidas de implicación de distintos grupos sociales de la problemática ligada a los delitos y en especial a su prevención.
5. Introducir en la reflexión argumentos ligados al “ciclo vital personal”, la colaboración del medio familiar y social de procedencia del interno-paciente y poder disponer de programas de seguimiento y evaluación periódica de las novedades incorporadas.

### **6.13. ESTIMACIÓN DE LA IMPORTANCIA DE FACTORES PSICOPATOLÓGICOS EN LA POBLACIÓN RECLUSA ANALIZADA**

Asumiendo 2600 personas cumpliendo condenas en Aragón al menos un 6% podrían ser evitadas: 50% con medidas preventivas (72 pacientes) 50% con tratamientos alternativos.

Si analizamos los costes personales, la duración de las condenas, las repercusiones sociales del "itinerario psicopatológico y penal" y el coste económico y de consumo de servicios un planteamiento de este tipo no sólo mejorará la calidad de asistencia social y sanitaria, sino que mejorará el nivel de aceptación e integración del mundo penitenciario en la sociedad, que se ha considerado como un índice de madurez de la civilización y de progreso de la colectividad.

Modelos de análisis de tratamientos alternativos previos y sustitutivos del hecho delictivo Una aplicación práctica de sus conclusiones a la Comunidad de Aragón sería:

Los enfermos privados de libertad tienen derecho a la misma asistencia de calidad que el resto de la población. Esto incluye:

1. Actividades en régimen de hospital de día en la enfermería del centro, al menos 10 plazas por cada 1000 personas.
2. Programas de rehabilitación coordinados con los centros de media estancia que contemplen periodos de integración en los centros específicos de la Comunidad Autónoma.
3. Programas específicos de deshabitación de sustancias.
4. Sesiones de enlace e interconsulta con sus equipos médicos de referencia para dar continuidad terapéutica.
5. Programas de seguimiento extrapenitenciario contemplando períodos alternativos al cumplimiento penitenciario dentro de un programa individualizado como ya se viene haciendo con el servicio social penitenciario, contemplando la patoplastia de la enfermedad y los cambios de síntomas que cada sujeto puede presentar.
6. Seguimiento por un equipo de especialistas en coordinación con sus facultativos de zona.
7. Intervención preventiva y reinsertadora con la familia y el medio social de referencia.
8. Aplicar criterios de eficacia y eficiencia desde un observatorio de seguimiento de casos y recursos que potencie la utilización de los recursos disponibles y armonice la priorización de recursos disponibles.

9. Tan pronto como sea posible deben contemplarse medidas de seguridad cumpliendo tratamiento, alternativas a la privación de libertad en prisión.

- Hace falta un centro forense con medidas de seguridad para tratamientos de media estancia.

- Hay que apoyar las iniciativas que regulen el tratamiento psiquiátrico involuntario, ambulatorio, tal y como y existe en los ingresos de corta estancia.

- Especialmente en los casos de incapacitaciones hay que potenciar un uso adecuado de recursos concertados con la sanidad privada, las empresas de colocación de minusvalidez y las entidades sin fin de lucro de apoyo a las familias y al soporte residencial de estos pacientes.

- Fomentar programas creativos a través de becas y apoyos de financiación sobre ideas específicas tendrá un doble beneficio: el de los pacientes que las usen y la sensibilización social sobre este problema.

1. Evitar la triple condena, suma de la decisión judicial, las consecuencias de una enfermedad sin tratamiento y la repercusión familiar en una rueda de consecuencias psicopatológicas unidas a las consecuencias del difícil manejo de la enfermedad en privación de libertad.

2. Fomentar actividades sociales con los pacientes de los módulos terapéuticos a través de apoyos de iniciativas de ONG, que colaboren especialmente en la época juvenil con Instituciones penitenciarias.

3. Fomentar espacios de inserción de las personas en privación de libertad con sus familias y su medio social para limitar el estigma de la situación, empezando con actividades terapéuticas de integración rutinaria en programas comunitarios que ya existen en la comunidad y para los que pueden fijarse un mínimo de plazas.

4. Apoyar las ONG de colaboración en especial, los servicios de capellanía que al igual que en los hospitales deben tener una presencia y unos equipamientos acorde a la función que la mayoría de los internos demandan.

5. Fomentar que las empresas y los agentes sociales faciliten trabajo y ocupación a los talleres para limitar la pasividad y la institucionalización negativa.

Asumiendo que además del 6% de pacientes con necesidad de medidas alternativas, hasta un 25% de penados lo son por su psicopatología es previsible pensar que muchas de las condenas pueden ser evitadas. La evolución en el mundo occidental es a una menor duración de las condenas, por una menor reincidencia y una mayor utilización de recursos alternativos, que hace que aunque existan más figuras penales la aplicación del tratamiento penitenciario sea más individualizada.

La inferencia de estos datos es que este 25% de pacientes ocupa el 50% del tiempo total en prisión y que consume muchos servicios, que se verían liberados al aplicar medidas terapéuticas eficaces y eficientes.

#### **6.14. SERVICIOS NECESARIOS NO DISPONIBLES EN ARAGÓN**

- a) Programas dentro de la prisión por entidades nosológicas adaptados a los aprobados en los centros de salud mental; implementar cartera de servicios anualmente en función de las necesidades concretas de cada centro, y priorizando los pacientes que más se van a beneficiar del tratamiento.
- b) Medidas de seguridad en centros comunitarios. Especialmente tratamientos de media estancia.
- c) Servicios intermedios con mayor capacidad de contención y seguimiento de casos complejos, en régimen de centro de día en colaboración con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.
- d) Programas mixtos penitenciarios y extrapenitenciarios, de seguimiento a largo plazo en pacientes reincidentes.

Combinar los modelos teóricos, cargados de ideología, la dotación de recursos por gestores de las instituciones penitenciarias, los académicos y pensadores, los usuarios condenados, los jueces, los médicos y la población general, requieren un esfuerzo en actualizar , discutir y razonar sobre datos concretos.

#### **COMO PRIORIDADES PODRÍAN ASUMIRSE:**

- A) Minimización de daños. No sólo con Metadona sino con medidas creativas que permitan una mayor implicación de la sociedad y un mejor conocimiento de los mecanismos de rehabilitación dentro y fuera de la prisión. Evaluando periódicamente la eficacia y eficiencia de las medidas de seguridad alternativas.
- B) Psicóticos crónicos. Minimizar ingreso en prisión y poner en marcha recursos específicos.

- C) Trastorno Dual. En colaboración con grupos de autoayuda y comunidades terapéuticas, ampliando el número de plazas y los programas infra y extra penitenciarios, con colaboración de las familias.
- D) Conductas disociales, impulsivas, opositoras. Prevención de recaídas en jóvenes y tratamiento específico de TDA, Trastorno del control de impulsos y control de consumo de sustancias.
- E) Trastorno del Humor. Medidas farmacológicas y psicosociales.
- F) Alcoholismo. Poner en marcha unidad de deshabituación al igual que en otras Comunidades Autónomas.
- G) Minusvalías y deficiencias. Servicios alternativos a la comunidad supervisados por agentes sociales y minimizando ingreso en prisión.
- H) Crisis agudas Pacientes sin historial penitenciario previo, con síntomas agudos que requieren intervención intensiva y a corto plazo hasta superar la "crisis". Prevenir la cronificación.

## **CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES GENERALES**

### **7.1. PREVENCIÓN DEL DELITO**

1. Sensibilizar a la sociedad para que asuma la prevención del delito, consiste en potenciar la ayuda a la víctima. Lograr la reparación del daño causado incluye también la recuperación del delincuente como una tarea colectiva que nos beneficia a todos. Proponemos incorporar contenidos educativos sobre estos temas, en los últimos cursos de la enseñanza obligatoria, en los temarios de concursos de oferta pública de empleo; impulsar cursos conjuntos para personal sanitario, judicial y penitenciario coordinados por el Instituto Aragonés de la Función Pública.
2. Promover una cultura de la paz y la convivencia es el freno del delito. Dar voz y recursos para actividades de organizaciones no gubernamentales, religiosas y ciudadanas que permitan mantener un debate sobre la necesidad de modificar la solución de conflictos y potencien un clima social de apoyo a las personas con necesidades y al entendimiento entre los distintos grupos sociales.
3. Financiar estudios e investigaciones, la difusión de trabajos, foros de discusión y debates sobre el papel del cumplimiento penitenciario. Incluir en los Departamentos Universitarios un área de análisis de las necesidades de protección de las víctimas, de actualización del tipo y gravedad de los delitos y de evaluación del tratamiento penitenciario. En 10 años es previsible un cambio de la actitud social, que ayude a estabilizar el número de delitos como ya ha ocurrido en los países de nuestro entorno.
4. Incrementar programas dirigidos a grupos humanos con fracaso escolar, adversidad en el desarrollo, uso de sustancias psicoactivas y falta de empleo. En especial, cursos de formación y apoyo en la búsqueda de empleo. Cursos sobre la necesidad y acceso al sistema nacional de salud y a los servicios sociales de base.
5. Difundir periódicamente información actualizada para los equipos sanitarios de atención primaria y los servicios sociales de base sobre actividades terapéuticas y programas de empleo para menores de 25 años con transgresiones menores, especialmente los condenados a penas de cumplimiento los fines de semana, y con dificultad de aceptar normas sociales.
6. Poner en marcha programas autonómicos de apoyo para emigrantes que tras perder su empleo, sufren separación de su familia y pérdida de condiciones de vida sanas.

## **7.2. DISMINUCIÓN DE LA DURACIÓN Y COSTE DEL PROCESO JUDICIAL**

1. Proponemos la MEDIACIÓN PENAL como forma de llegar a una solución del conflicto generado entre la víctima y el infractor creando un espacio de diálogo y comunicación, donde ambos asumen, voluntariamente, la responsabilidad de la elaboración de la estrategia de solución del conflicto, siendo ayudados por la figura del mediador. Se ha de generalizar y profesionalizar su uso, incentivando propuestas concretas que disminuyan los asuntos penales en nuestra Comunidad. Se calcula que entre un 25 y un 40% de ellas serán eficaces.
2. Poner en marcha programas y experiencias pilotos para personas con primeros delitos, especialmente jóvenes menores de 21 años. Deben ponerse a disposición de los jueces un catálogo de tareas que incluyan medidas para tratamientos cognitivo-conductuales y programas específicos de promoción de conductas pro sociales, coordinados por la Clínica Médico Forense y el Servicio Social Penitenciario. Pueden incorporarse a éstos los profesionales del Sistema Nacional de Salud, pero con apoyo y seguimiento específico. Anualmente se presentarán evaluaciones de los mismos por el Departamento de Justicia.
3. Instar la creación de juzgados especializados en salud mental y drogodependencias, compuestos por personal judicial y profesionales de la salud, trabajando conjuntamente y desarrollando planes de tratamiento, que conozcan los mecanismos rehabilitadores y dispongan de instrumentos de tratamiento eficaces lo que facilitaría el empleo eficiente de los recursos disponibles y un mejor conocimiento de la forma de resolver los problemas actuales, disminuyendo costes y mejorando la eficiencia.

## **7.3. MEDIDAS ALTERNATIVAS AL CUMPLIMIENTO PENITENCIARIO**

1. Poner en marcha “trabajos en beneficio de la Comunidad” con al menos 500 plazas anuales. Un catálogo de alternativas mínimo debe incluir: Trabajos los fines de semana. Trabajos de limpieza de espacios públicos. Trabajos de mejora de la movilidad urbana; su puesta en funcionamiento requiere información continuada sobre quién los gestiona, los supervisa y los financia. Las administraciones públicas deben dotar de medios a organizaciones públicas y privadas.
2. Apoyo en campañas de disminución de abuso de sustancias y en materia de seguridad vial, como ya son práctica habitual en los países europeos. Los infractores deben intervenir, por ejemplo, en las campañas de controles de alcoholemia. La dotación de medios y la aprobación de iniciativas debe potenciar el adecuado uso de los recursos ya disponibles e ir complementándolos según aparezcan necesidades concretas.

#### **7.4. AUMENTO DE RECURSOS PARA INTERNOS EN CENTROS PENITENCIARIOS**

1. El Servicio Aragonés de Salud debe garantizar la continuidad de cuidados para enfermos mentales crónicos cumpliendo penas de privación de libertad. Deben existir programas de rehabilitación compatibles con medidas de seguridad, para tratamientos de varios meses de duración. Especialmente son necesarias prestaciones tipo centro de día, terapia ocupacional y programas de modificación de conducta para enfermedades duales con participación de Instituciones Penitenciarias y Sanitarias. 50 pacientes cada año se beneficiarán, evitando prolongar condenas, aparición de conflictos, reincidencia en el delito y exclusión social crónica.
2. El aumento de plazas en comunidades terapéuticas y centros de deshabitación para personas con abuso de sustancias psicoactivas, que contemple la combinación de estos abusos con enfermedades mentales crónicas, con patología infecciosa y con desarraigo social debe disponer de al menos 100 plazas en nuestra Comunidad.
3. La atención específica penitenciaria y sanitaria, de forma conjunta a personas con abuso de alcohol que a partir de la tercera década de la vida llegan antes al sistema judicial que al sanitario y que engrosan delitos tan complejos como la violencia doméstica, las infracciones de tráfico y muchas conductas violentas. Estas conductas pueden disminuirse poniendo en marcha un programa de deshabitación de alcoholismo, para 100 pacientes como ya existe en otras Comunidades de nuestro entorno.
4. Potenciar los servicios ambulatorios y la colaboración entre las instituciones dedicadas a tratamiento y deshabitación de alcoholismo es responsabilidad de la administración sanitaria.

#### **7.5. MEDIDAS PARA ENFERMOS PSIQUIÁTRICOS CRÓNICOS**

1. Proponer la obligatoriedad del tratamiento involuntario ambulatorio a personas con riesgo de sufrir reactivaciones de enfermedades conocidas que tengan alto riesgo de trastornos de conducta con riesgo para sí mismos y para los demás. Se debería elaborar un Protocolo de Actuación Sanitario-Judicial para hacer operativa esta medida, supervisada por la Clínica médico forense.
2. Conseguir continuidad de cuidados, coordinando los servicios sanitarios intra y extrapenitenciarios, con programas individualizados de tratamiento, coordinados por el especialista de área responsable del paciente.

## **7.6. MEDIDAS EN LOS AÑOS PREVIOS A LA EXCARCELACIÓN**

1. Promover programas autonómicos de preparación para la salida en libertad después de condenas de más de tres años, supervisados por los servicios sociales de base y gestionados por ONG. Dar progresividad al proceso de abandono de la prisión y a la reincorporación social, en especial en el 30% de internos que no disponen de apoyo familiar propio.
2. El seguimiento a largo plazo de las personas con delitos repetidos que voluntariamente quieran colaborar en programas post penitenciarios para afrontar su dificultad de reintegración social debe ser un objetivo compartido por los servicios sociales y penitenciarios. Al menos 50 internos por año podrían participar.

## CAPÍTULO 8. BIBLIOGRAFÍA.

Baillargeon J, Binswanger I, Penn J, Williams B, Murray O. Psychiatric disorders and repeat incarcerations: the revolving prison door. *The American Journal of Psychiatry*. January 1,166(1):103-109, 2009.

Boenke, D. (2004): The European Crime Prevention Network (EUCPN). [www.praeventionstag.de/html/GetDokumentation.cms?XID=62](http://www.praeventionstag.de/html/GetDokumentation.cms?XID=62)

Broner N, Lattimore P, Cowell A, Schlenger W. Effects of diversion on adults with co-occurring mental illness and substance use: outcomes from a national multi-site study. *Behavioural Sciences & The Law* 22(4):519-541, 2004.

Chung M, Cumella S, Wensley J, Easthope Y. A description of a forensic diversion service in one city in the United Kingdom. *Medicine, Science, And The Law* July; 38(3):242-250, 1998.

Civeira J. "Inter consulta psiquiátrica en el medio penitenciario" Estudio en elaboración, 2010.

Consejo de Europa ECOSOC resolution 2007/ 20.

Copeland WE, Miller-Johnson S, Keeler G, Angold A, Costello EJ Childhood psychiatric disorders and young adult crime: a prospective, population-based study. *Am J Psychiatry*. Nov; 164(11):1668-75, 2007.

Council of Europe European prison rules (2006)

Davies GR. Prisons: mental health institutions of the 21st century: *Med J Aust* Mar 19; 186(6): 327. 2007.

Draine J, Blank A, Kottsieper P, Solomon P. Contrasting jail diversion and in-jail services for mental illness and substance abuse: do they serve the same clients?. *Behavioral Sciences & The Law*; 23(2):171-181. 2005.

Drug Treatment courts  
[www.unodc.org/.../Drug-Treatment-Courts.html](http://www.unodc.org/.../Drug-Treatment-Courts.html) -

Falissard B, Loze JY, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, Rouillon F, Prevalence of mental disorders in French prisons for men. *BMC Psychiatry*. 2006 Aug 21; 6:33.

Foucault M. "Vigilar y castigar, el nacimiento de la prisión"  
[www.scribd.com/doc/2465735/Foucault-Michel-Vigilar-y-Castigar](http://www.scribd.com/doc/2465735/Foucault-Michel-Vigilar-y-Castigar)

Freire Pérez, Rosa María Reparación y conciliación. El Derecho penal y los intereses de víctimas e imputados. Crónica de una experiencia. Magistrada 2008.

Haro, J. Las prisiones de EEUU rebajan las penas para ahorrar costes. El economista, 9 de mayo 2010.

Hiday VA, Swartz MS, Swanson JW, Borum R, Wagner HR Criminal victimization of persons with severe mental illness. Psychiatr Serv. Apr; 50(4):566-7, 1999.

Informe anual de la Comisión Interamericana de derechos humanos [www.cidh.org/annualrep/2002sp/indice.htm](http://www.cidh.org/annualrep/2002sp/indice.htm)

Instituto Nacional de Estadística [www.ine.es/inebaseweb/search.do/monoSearchString=penas](http://www.ine.es/inebaseweb/search.do/monoSearchString=penas)

James D. Court diversion in perspective. The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry June; 40(6-7):529-538. 2006.

James D, Harlow P. Increasing the power of psychiatric court diversion: a new model of supra-district diversion centre. Medicine, Science, And the Law January; 40(1):52-60. 2000.

Joseph P, Potter M. Mentally disordered homeless offenders--diversion from custody. Health Trends; 22(2):51-53. 1990.

Justice Policy Institute, (Washington, DC: September 2010)

La realidad penitenciaria de la Comunidad Autónoma de Aragón. Caritas 2009.

Lamb HR, Weinberger LE. Persons with severe mental illness in jails and prisons: a review. Psychiatr Serv. Apr; 49(4):483-92. 1998.

Lamberti JS, Weisman R, Faden D Forensic assertive community treatment: preventing incarceration of adults with severe mental illness. Psychiatr Serv. 2004 Nov; 55(11):1285-93.

Ley General Penitenciaria, 1/1979 [www.lexureditorial.com/leyes/logp6pbk.htm](http://www.lexureditorial.com/leyes/logp6pbk.htm)

Magro Vicente Protocolo de Actuación Judicial-Sanitario de Tratamiento ambulatorio obligatorio. Presidente de la Audiencia Provincial de Alicante.

Metzner J, Dvoskin J An overview of correctional psychiatry. Psychiatr Clin North Am. Sep; 29(3):761-72. 2006.

Naciones Unidas 12º Congreso sobre Prevención del Delito y Justicia Penal CONF.213/L.6/Rev.2, Nueva York, 2010.

Naciones Unidas Standard Minimum Rules for Non-Custodial Measures (The Tokyo Rules) (Assembly resolution 45/110, 1990.

Naciones Unidas "Office on drugs and crime", resolution 2005/21

Observatorio Europeo de la droga y las toxicomanías. Informe anual 2003  
[tp://ar2003.emcdda.europa.eu/es/page062-es.html](http://ar2003.emcdda.europa.eu/es/page062-es.html).

Organización Mundial de la Salud "Prisons and Health"  
[www.euro.who.int/en/what-we-do/health.../health.../prisons-and-health](http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health.../health.../prisons-and-health).

Plan de Atención Integral en el ámbito penal y penitenciario. Fundación Manantial 2009.

Prevención y alternativas al encarcelamiento de enfermos mentales. Antonio Almoguera Abad. Director de la Unidad de Investigación en Psiquiatría del Bellevue Hospital Center. 2006.

Prince J. Incarceration and hospital care. *The Journal of Nervous and Mental Disease* January; 194(1):34-39. 2006.

Providing Jail Diversion for People with Mental Illness  
*Psychiatry Serv* 57: 1521-1523. 2006.

Reviriego Picón, F. ¿Crisis de los sistemas penitenciarios europeos?  
*Revista de la Judicatura federal*, nº 29, 2009.

Robert Wood Johnson Foundation "Drug courts reduce cost and crime"  
Alexandria, VA, 2003.

Salize H, Schanda H, Dressing H. From the hospital into the community and back again - a trend towards re-institutionalisation in mental health care.  
*International Review of Psychiatry* December; 20(6):527-534. 2008.

Simpson A, Jones R, Evans C, McKenna B. Outcome of patients rehabilitated through a New Zealand forensic psychiatry service: A 7.5 year retrospective study.  
*Behavioural Sciences & the Law*; 24(6):833-843. 2006.

Skogstad P, Deane F, Spicer J. Social-cognitive determinants of help-seeking for mental health problems among prison inmates. *Criminal Behaviour and Mental Health: CBMH*; 16(1):43-59. 2006.

Steadman H, Naples M. Assessing the effectiveness of jail diversion programs for persons with serious mental illness and co-occurring substance use disorders. *Behavioural Sciences & The Law*; 23(2):163-170. 2005.

Walmsley, R. *World Prison Population List* (fourth edition) 188, Home Office 2009.

WHO, "European Prisons health, Geneva, 2007.

World Prisons List, [www.prisonstudies.org](http://www.prisonstudies.org)

## **SUGERENCIAS**

A la vista de lo anteriormente expuesto, podemos proponer las siguientes medidas encaminadas a mejorar y resolver los problemas desarrollados en este informe.

### **1.- EN CUANTO A LA PREVENCIÓN DEL DELITO Y MEJORA DE LA CONCIENCIA CIUDADANA SOBRE LOS MÉTODOS DE APLICACIÓN DE UNA JUSTICIA MODERNA:**

1.1.- Se sugiere al Departamento de Educación de la Diputación General de Aragón que incluya en el currículo de Educación Secundaria los contenidos que estime oportunos para formar y sensibilizar a los alumnos aragoneses en la conveniencia de promover la prevención del delito, en la fundamental ayuda y reparación a las víctimas y en la necesidad de la recuperación, rehabilitación y reinserción del delincuente, y ello en la convicción de que alcanzar estas tres premisas beneficia a toda la sociedad y promueve su desarrollo.

1.2.- Así mismo, se propone al Departamento de Presidencia de la Diputación General de Aragón, que el Instituto Aragonés de la Administración Pública incorpore los contenidos que estime adecuados sobre estas mismas materias en los temarios de los concursos de oferta pública de empleo público y que impulse y coordine cursos conjuntos para personal sanitario, judicial y penitenciario sobre dichos temas.

1.3.- Se sugiere a los Departamentos de Justicia e Interior y de Asuntos Sociales de la Diputación General de Aragón así como a la Corporación Aragonesa de Radio y Televisión que impulsen estudios de investigación, grupos de trabajo y foros de debate públicos sobre el papel de la sociedad civil en el cumplimiento de las penas alternativas y en la reinserción social y laboral de las personas que han estado privadas de libertad, promoviendo la implicación de los poderes públicos, de las asociaciones ciudadanas y de la sociedad en general en su reincorporación en libertad a la sociedad civil.

1.4.- Se sugiere al Departamento de Asuntos Sociales de la Diputación General de Aragón que edite una Guía sobre los Recursos formativos, ocupacionales y psicopedagógicos con los que cuenta nuestra Comunidad Autónoma, con la finalidad de ofrecerlos a personas con riesgo de exclusión social, y, además, y particularmente, a personas con dependencia a las drogas, a quienes han sufrido el fracaso escolar o adversidad en su desarrollo personal y educativo y a personas que carecen de empleo o presentan especiales dificultades para acceder al mercado laboral, dotando a dicha guía de una cumplida difusión

1.5.- Se sugiere a los Departamentos de Salud y Consumo y de Asuntos Sociales de la Diputación General de Aragón, a las Comarcas de Aragón y a los Ayuntamientos de Zaragoza, Huesca y Teruel que refuercen la información

de la que disponen los equipos de Atención Primaria y los Servicios Sociales de Base sobre las actividades terapéuticas y sobre los programas de empleo existentes para menores de 25 años que presenten dificultades para aceptar las normas sociales, que transgredan la legalidad (en especial durante los fines de semana) o que se hayan iniciado en la delincuencia mediante la comisión de faltas o delitos menores. Así mismo, se sugiere que los Equipos de Atención Primaria y los Servicios Sociales de Base difundan dicha información entre la población aludida.

## **2.- EN CUANTO A LAS ALTERNATIVAS A LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS EN MATERIA PENAL: PROPUESTAS PARA LA DISMINUCIÓN DE LA DURACIÓN Y COSTE DEL PROCESO JUDICIAL.**

2.1.- Se sugiere al Departamento de Justicia y al Departamento de Asuntos Sociales de la Diputación General de Aragón que impulsen, promuevan, respalden y propongan la mediación penal como forma de llegar a una solución del conflicto entre el infractor o delincuente y la víctima causado por la comisión del ilícito penal, potenciando la creación de un espacio de diálogo en el que las partes afectadas asuman su responsabilidad en la resolución de la controversia; para ello, se estima la conveniencia de regular la figura del mediador como persona técnicamente capacitada para acompañar y ayudar a las partes en el proceso de mediación.

Se les sugiere, además, que pongan a disposición de la Administración de Justicia en el proceso de mediación, los medios personales adecuados y suficientes para llevarla a cabo de forma eficaz.

2.2.- Se sugiere a los Departamentos de Justicia y de Asuntos Sociales de la Diputación General de Aragón que presten apoyo a aquellos programas específicos y experiencias piloto para primeros delincuentes, especialmente dirigidos a personas menores de 21 años, de promoción de conductas pro-sociales y de cumplimiento alternativo, fundamentados en tratamientos cognitivo-conductuales llevados a cabo por los Servicios Sociales de Instituciones Penitenciarias en los Centros Penitenciarios aragoneses.

2.3.- Se acuerda la remisión al Defensor del Pueblo de la propuesta planteada en este Informe Especial consistente en instar la creación de Juzgados especializados en salud mental y drogodependencias; dicha propuesta incluye la necesidad de que esos órganos judiciales pudieran trabajar conjuntamente con profesionales de la salud y en colaboración y coordinación con los Servicios Sociales y Sanitarios, desarrollando planes de tratamiento específicos de salud mental y contemplando como parte del mecanismo rehabilitador de la pena el tratamiento de desintoxicación y deshabitación.

### **3.- EN CUANTO A LAS MEDIDAS ALTERNATIVAS AL CUMPLIMIENTO PENITENCIARIO:**

3.1.- Se sugiere al Departamento de Justicia de la Diputación General de Aragón, a los Ayuntamientos de Zaragoza, Huesca, Teruel, Calatayud, Ejea de los Caballeros, Tarazona, Caspe, Daroca, Jaca, Fraga, Boltaña, Alcañiz y Calamocha, y a todas las Comarcas de Aragón que, mensualmente, elaboren una relación de plazas de trabajos en beneficio de la comunidad disponibles en nuestra Comunidad Autónoma, en la localidad concreta o en cada comarca, respectivamente, y la remitan a la Administración Penitenciaria con la finalidad de cumplir la obligación legal de contribuir a que el cumplimiento de la pena impuesta sea vehículo para la reinserción y rehabilitación del propio penado, de acuerdo con lo establecido en el Código Penal vigente y en el Real Decreto 515/2005 de 6 de mayo, reformado por el Decreto 1849/2009 de 4 de diciembre.

Se observa la conveniencia de que el catálogo de alternativas contenga, como mínimo, trabajos en beneficio de la comunidad para desarrollar en fin de semana (con el fin de permitir el normal desarrollo de la actividad laboral del condenado), trabajos de limpieza en espacios públicos, trabajos de mejora en elementos de movilidad urbana, prestaciones varias a sectores de población más desfavorecidos, tareas de apoyo en campañas de disminución de abuso de sustancias estupefacientes y de alcohol y asistencia directa a personas que han sido víctimas de accidentes de tráfico y a sus familias.

Para ello, resultaría necesario que las Administraciones aludidas doten de suficientes medios a las entidades públicas y privadas que cooperen ofreciendo plazas de trabajo en beneficio de la comunidad.

Así mismo se sugiere a las Administraciones mencionadas que colaboren con las autoridades competentes en la promoción y creación de talleres y actividades en materia de seguridad vial como forma de cumplimiento de la pena de trabajos en beneficio de la comunidad impuesta en delitos contra la seguridad del tráfico.

En particular, se sugiere al Departamento de Justicia de la Diputación General de Aragón que impulse y contribuya con los Servicios Sociales Penitenciarios, a la ejecución de aquellas medidas de seguridad o alternativas a las penas que pudieren imponerse por los Juzgados de Violencia sobre la Mujer, al objeto de garantizar la protección de las víctimas, dotando para ello de los medios adecuados a las Oficinas de Atención a las Víctimas.

#### **4.- EN CUANTO A LOS RECURSOS PARA INTERNOS EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS ARAGONESES:**

4.1.- Se sugiere al Departamento de Salud y Consumo de la Diputación General de Aragón que garantice la continuidad de los cuidados sanitarios que precisan los enfermos mentales crónicos que cumplen penas de privación de libertad, promoviendo la existencia de programas de rehabilitación para tratamientos de larga duración compatibles con las medidas de seguridad, si se precisare, fuera del Centro Penitenciario; concretamente, se indica la conveniencia de establecer programas en Centros de Día, de terapia ocupacional y programas de modificación de conductas para enfermedades duales, debiendo contarse, para ello, con la participación de Instituciones Penitenciarias; y ello, en el entendimiento de que esta medida puede evitar la prolongación de condenas, la aparición de conflictos en el ámbito penitenciario, la reincidencia en el delito y la exclusión social crónica.

4.2.- Se sugiere al Departamento de Salud y Consumo de la Diputación General de Aragón que estudie si es suficiente el número de plazas en las comunidades terapéuticas y en los centros de deshabitación existentes para personas con abuso de sustancias psicoactivas, en especial para aquéllas que, además, presentan una patología infecciosa, o una enfermedad mental crónica o sufren desarraigo social.

4.3.- Se sugiere al Departamento de Salud de la Diputación General de Aragón que ponga en marcha programas de deshabitación del consumo del alcohol para personas que han sido condenadas por la comisión de un delito contra la seguridad del tráfico, de un delito de violencia en el ámbito familiar y de otro tipo de delitos en los que pueda incidir el consumo del alcohol en la conducta penada.

Así mismo, se propone al mencionado Departamento que prosiga y potencie el apoyo a los servicios ambulatorios y a las entidades que se dedican a la tarea de contribuir a la lucha por la deshabitación del consumo de alcohol.

#### **5.- EN CUANTO A LAS MEDIDAS A ADOPTAR A FAVOR DE LOS ENFERMOS PSIQUIÁTRICOS CRÓNICOS:**

5.1.- Se propone a los Departamentos de Justicia y Salud de la Diputación General de Aragón que impulsen la elaboración de un Protocolo de Actuación Sanitario-Judicial para hacer efectiva la medida consistente en el tratamiento ambulatorio involuntario para enfermos psiquiátricos crónicos y para personas con posibilidad de sufrir reactivaciones de su enfermedad, (que no estuvieran incapacitados judicialmente), que pudieren suponer un riesgo para sí mismas y para los demás, el cual podría ser supervisado por el Instituto de Medicina Legal de Aragón.

## **6.- EN CUANTO A LAS MEDIDAS A ADOPTAR EN EL AÑO PREVIO A LA EXCARCELACIÓN:**

6.1.- Se sugiere al Departamento de Asuntos Sociales de la Diputación General de Aragón que, en colaboración con los Servicios Sociales de Instituciones Penitenciarias y, en su caso, de Organizaciones no Gubernamentales y Asociaciones que dedican su actividad al apoyo y ayuda a presos y ex presos, diseñe y lleve a cabo programas de preparación para la salida de los penados en libertad definitiva; los destinatarios de dichos programas serían las personas internas en Centros Penitenciarios cuya excarcelación definitiva estuviera próxima en el tiempo, y ello con la finalidad de procurar una progresividad al proceso de reincorporación a la vida en libertad, debiendo orientarse, especialmente, en favor de aquellas personas que no dispusieren de apoyo familiar propio.

6.2.- Se sugiere al Departamento de Asuntos Sociales de la Diputación General de Aragón que aborde la creación y puesta en marcha de programas voluntarios de seguimiento de aquellas personas, en especial reincidentes, con dificultades para afrontar su reintegración social y para eludir la reiteración delictiva.

## **7.- EN CUANTO A LAS MEDIDAS A ADOPTAR EN LOS AÑOS SIGUIENTES A LA EXCARCELACIÓN:**

7.1.- Se sugiere al Departamento de Justicia de la Diputación General de Aragón que elabore programas de apoyo y seguimiento dirigidos a personas que ya han abandonado definitivamente la prisión y que presenten especiales dificultades para afrontar su reintegración social.

7.2.- Se sugiere al Departamento de Servicios Sociales de la Diputación General de Aragón la creación de plazas residenciales en pisos tutelados por la propia Administración autonómica de tratamiento para personas que padezcan enfermedades graves e incurables que hayan cumplido ya su condena y no cuenten con apoyo ni vinculación familiar.

7.3.- Se sugiere al Departamento de Servicios Sociales de la Diputación General de Aragón la creación de plazas en pisos supervisados por la propia Administración y con apoyo asistencial para las personas que se encuentren en el período de disfrute de permisos penitenciarios, de libertad condicional y en aquellos casos que el penado debiere cumplir la pena de localización permanente.

7.4.- Se acuerda la remisión al Defensor del Pueblo de la propuesta planteada en este Informe Especial consistente en instar al Ministerio de Trabajo e Inmigración del Gobierno de España que estudie la conveniencia de incluir en las futuras reformas de la Ley de Extranjería la posibilidad de la obtención de un *“período de residencia legal a prueba”* en casos de

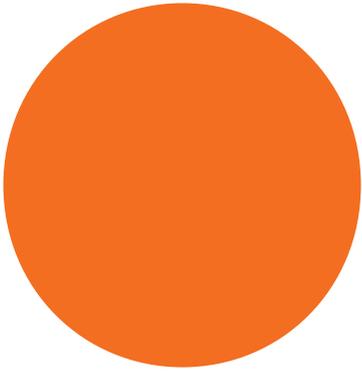
cumplimiento de la pena, de indulto o de situación de suspensión condicional de la pena, de forma **excepcional** y solo en aquellos casos en los que pudiere objetivarse el alejamiento del delito y la efectiva normalización de la vida de la persona extranjera; en todo caso, en estos supuestos deberían concurrir los requisitos de la excepcionalidad, suficiente motivación y el dictado de una resolución individualizada.

7.5.- Se acuerda la remisión al Defensor del Pueblo de la propuesta planteada en este Informe consistente en instar al Ministerio de Trabajo e Inmigración del Gobierno de España que proceda a abonar el subsidio de excarcelación legalmente reconocido en el momento en el que se produzca la salida del penado del Centro Penitenciario.

7.6.- Se sugiere al Departamento de Economía, Hacienda y Empleo del Gobierno de Aragón que fomente la creación de empleos y de cursos de formación profesional adecuada destinados especialmente a personas que ya han cumplido su condena penal, destinando, para ello, los recursos suficientes.

Zaragoza, a 29 de diciembre de 2010

FERNANDO GARCÍA VICENTE  
JUSTICIA DE ARAGÓN



**TELÉFONO GRATUITO  
DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS:  
900 210 210**

**OFICINAS DE ATENCIÓN:**

**Zaragoza:** c/ Don Juan de Aragón, 7

**Huesca:** Avda. Santo Grial, 2, 5ª planta (lunes y martes)

**Teruel:** c/ San Vicente de Paúl, 1 (lunes y martes)

**[www.eljusticiadearagon.es](http://www.eljusticiadearagon.es)  
[informacion@eljusticiadearagon.es](mailto:informacion@eljusticiadearagon.es)**