

# Informaciones Psiquiátricas

PUBLICACIÓN CIENTÍFICA DE LOS CENTROS  
DE LA CONGREGACIÓN DE HERMANAS HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS

Fundada en 1955 por el Dr. D. Parellada

## DIRECTOR

Dr. JOSEP TRESERRA TORRES

## CONSEJO DE DIRECCIÓN

Dr. J. A. LARRAZ ROMEO

Dr. CARLOS LINARES DEL RÍO

Dr. I. MADARIAGA ZAMALLOA

Dr. M. MARTÍN CARRASCO

Dr. F. DEL OLMO ROMERO-NIEVA

## JEFE DE REDACCIÓN

Dr. J. M. CEBAMANOS MARTÍN

## CONSEJO DE REDACCIÓN

Prof. C. GÓMEZ-RESTREPO

Dr. J. ORRIT CLOTET

Dr. P. PADILLA MENDÍVIL

Dr. P. ROY MILLÁN

## ASESORES CIENTÍFICOS

Prof. Dr. E. ÁLVAREZ MARTÍNEZ

Prof. Dr. ARANGO LÓPEZ

Prof. Dr. J. L. AYUSO MATEO

Prof. Dr. A. BULBENA VILARRASA

Prof. Dr. M. CASAS BRUGUE

Prof. Dr. J. L. GONZÁLEZ RIVERA

Prof. Dr. J. GUIMÓN UGARTECHEA

Dr. M. GUTIÉRREZ FRAILE

Prof.<sup>a</sup> Dra. C. LEAL CERCOS

Prof. Dr. P. MCKENNA

Dr. M. MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

Prof. Dr. L. ORTEGA MONASTERIO

Prof. Dr. J. SÁIZ RUIZ

Prof. Dr. L. SALVADOR CARULLA

Dr. J. TIZÓN GARCÍA

Prof. Dr. M. VALDÉS MIYAR

Dr. E. VIETA PASCUAL

Las siguientes normas de publicación se adaptan a los requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas, establecidos por el estilo Vancouver:  
<http://www.icmje.org>

## DIRECTOR ADMINISTRATIVO

Sor Teresa López Beorlegui

## BENITO MENNI, COMPLEJO ASISTENCIAL EN SALUD MENTAL

Dr. Pujadas, 38 - 08830 Sant Boi de Llobregat (Barcelona)

Tel.: 93 652 99 99 / Fax: 93 640 02 68

e-mail: [inf-psiQuiatrics@hospitalbenitomeni.org](mailto:inf-psiQuiatrics@hospitalbenitomeni.org) / <http://www.hospitalarias.org>

Las referencias de esta revista se publican periódicamente en: IME/Índice Médico Español; PSICO-DOC/Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid; CINDOC (ISOC) (CSIC) (IBECS)/Consejo Superior de Investigaciones Científicas; Psiquiatria.com.

# Informaciones Psiquiátricas

N.º 205 / 3.º trimestre 2011

## NORMAS PARA LA PRESENTACIÓN Y PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

Las siguientes normas de publicación se adaptan a los requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas, establecidos por el estilo Vancouver: <http://www.icmje.org>

INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS aceptará para su publicación, previo informe favorable del Consejo de Redacción, aquellos trabajos que versen sobre temas de Psiquiatría, Psicología o Medicina Psicosomática, y que se ajusten a las siguientes normas:

1. Los trabajos serán clasificados de acuerdo con las secciones de que consta la Revista y que son las siguientes: Originales, Revisiones de Conjunto, Comunicaciones Breves y Notas Clínicas. A juicio del Comité de Redacción podrán aceptarse aportaciones sobre temas de actualidad, cartas al director, crítica de libros...
2. Los trabajos serán inéditos y no deberán estar pendientes de valoración o publicación en otra revista.
3. Serán remitidos a la Secretaría de INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS, calle Doctor Antoni Pujadas, n.º 38, 08830 Sant Boi de Llobregat (Barcelona).
4. Los trabajos deberán presentarse en disquete, utilizando el programa Word 97 e impresos en folios numerados escritos a doble espacio por una sola cara.
5. En la primera página deberán constar, exclusivamente, los siguientes datos:
  - Título del trabajo.
  - Filiación completa del autor principal y coautores.
  - Teléfono/s de contacto y correo electrónico.
  - Centro donde se realizó el estudio.
  - Cargo o cargos del autor o autores en el citado centro de trabajo.
6. En la segunda página figurará, nuevamente, el título del trabajo, un resumen del mismo y se deberán añadir de 3 a 6 palabras clave para la elaboración del índice de la revista, todo ello en español e inglés.
7. La estructura del texto se acomodará a la sección donde deberá figurar el trabajo en caso de su publicación.  
En el caso de los trabajos originales de investigación, la estructura del texto deberá contar con los siguientes apartados y por el orden que se citan:
  - Introducción.

- Material y Métodos.
  - Resultados.
  - Discusión.
8. Los trabajos deberán ir acompañados de la correspondiente bibliografía, que se presentará en hoja u hojas aparte. Las referencias bibliográficas se citarán numéricamente en el texto y atenderán a las siguientes normas:
    - a) Se dispondrán las citas bibliográficas según orden de aparición en el trabajo, con numeración correlativa, y en el interior del texto constará siempre dicha numeración.
    - b) Las citas de artículos de **revistas** se efectuarán de la siguiente manera:
      - Apellidos e inicial de los nombres de todos los autores en mayúsculas.
      - Título del trabajo en su lengua original.
      - Abreviatura de la revista, de acuerdo con la norma internacional.
      - Año, número de volumen: página inicial-página final.

Kramer MS, Vogel WH, DiJohnson C, Dewey DA, Sheves P, Cavicchia S, et al. Antidepressants in 'depressed' schizophrenic inpatients. A controlled trial. Arch Gen Psychiatry 1989;46(10):922-8.
    - c) Las citas de **libros** comprenderán por el siguiente orden:
      - Apellidos e iniciales de los nombres de los autores en mayúsculas.
      - En: Título original del libro.
      - Apellidos e inicial de los (ed).
      - Ciudad, Editorial, Año: página inicial-página final.

Thomas P, Vallejo J. Trastornos afectivos y bulimia nerviosa. En: Trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa, bulimia y obesidad. Turón J (ed). Barcelona, Masson; 1997: 164-177.
  9. La iconografía que acompañe al texto (tablas, dibujos, gráficos...) deberá tener la suficiente calidad para su reproducción, estar enumerado correlativamente y se adjuntará al final del mismo.
  10. La Redacción de INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS comunicará la recepción de los trabajos y, en su caso, la aceptación de los mismos y fecha de su publicación.  
El Consejo de Redacción podrá rechazar los trabajos cuya publicación no estime oportuna, comunicándolo, en este caso, al autor principal. Los trabajos publicados quedarán en propiedad de la Revista.  
Una vez publicado el trabajo, el primer autor recibirá 20 separatas, totalmente gratuitas.

---

# ÍNDICE

---

- 205 *Prólogo*  
JOSEP SOLÉ PUIG
- I Introducción desde la criminología, la psiquiatría forense y la psicopatología de la adicción*
- 211 INTRODUCCIÓN A LAS MEDIDAS PENALES ALTERNATIVAS DESDE LA CRIMINOLOGÍA  
ELENA LARRAURI PIJOAN
- 215 INTRODUCCIÓN A LAS MEDIDAS PENALES ALTERNATIVAS DESDE LA PSIQUIATRÍA FORENSE  
ITZIAR IDIAKEZ ALBERDI
- 219 MOTIVACIÓN DEL PENADO Y DIFICULTADES DE INTERACCIÓN SANIDAD-JUDICATURA EN LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD DE INTERNAMIENTO  
JOSEP SOLÉ PUIG
- II Perspectiva jurídica*
- 229 VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LAS CIRCUNSTANCIAS QUE MODIFICAN LA RESPONSABILIDAD CRIMINAL  
AMADEO PUJOL ROBINAT
- 239 INIMPUTABILIDAD Y MEDIDAS PENALES ALTERNATIVAS  
ARACELI AIGUAVIVA BAULIES
- 253 MEDIDAS PENALES ALTERNATIVAS Y EJECUCIÓN PENAL  
JOSEP ANTONI RODRÍGUEZ SÁEZ
- III Modalidades de tratamiento*
- 261 MEDIDAS DE SEGURIDAD Y RELACIÓN TERAPÉUTICA EN EL MARCO DEL AMBULATORIO ESPECIALIZADO EN DROGODEPENDENCIAS  
JORDI BORDAS GARCIA

265 COMUNIDAD TERAPÉUTICA, PATOLOGÍA DUAL Y MEDIDAS PENALES ALTERNATIVAS  
PERE MARTÍ HERNÁNDEZ

273 MEDIDAS PENALES ALTERNATIVAS Y HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA  
JOSÉ JAVIER VALLS LAPICA

*IV Gestión y evaluación de medidas de seguridad de internamiento*

279 LA INTERVENCIÓN DE LOS TRIBUNALES DE JUSTICIA EN LA EJECUCIÓN DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD PRIVATIVAS DE LIBERTAD  
PEDRO MARTÍN GARCÍA

285 PUNTO DE VISTA MÉDICO FORENSE EN LA EVALUACIÓN DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD DE LARGA DURACIÓN: PROFUNDIZACIÓN EN EL CONCEPTO DEL *INSIGHT*  
MONTSERRAT VILELLA SÁNCHEZ

291 MEDIDAS DE SEGURIDAD DE INTERNAMIENTO EN CENTRO PSIQUIÁTRICO. GESTIÓN Y VALORACIÓN DEL RIESGO DE VIOLENCIA  
SUSANA MOHÍNO JUSTES

*V La experiencia del delegado judicial, el psiquiatra y el médico forense*

301 EL DELEGADO JUDICIAL DE MEDIDAS PENALES ALTERNATIVAS: INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO  
MARÍA LUISA ENRÍQUEZ ROMERO

309 DIEZ AÑOS DE MEDIDAS PENALES ALTERNATIVAS EN EL HOSPITAL BENITO MENNI. DESCRIPCIÓN Y EXPERIENCIAS  
JOSÉ MIGUEL CEBAMANOS MARTÍN

317 EXPERIENCIA DEL MÉDICO FORENSE EN UN PARTIDO JUDICIAL CON DOS GRANDES HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS  
LUIS MARÍA PLANCHAT TERUEL

*VI Presentación final*

323 LAS MEDIDAS PENALES ALTERNATIVAS EN CATALUÑA: RESULTADOS OBTENIDOS Y RETOS PARA EL FUTURO  
MARC CERON I RIERA

331 Bibliografía general

---

## PRÓLOGO

---

JOSEP SOLÉ PUIG

*Presidente de las Jornadas de Patología Dual y editor del monográfico.*

A lo largo de los últimos años hemos visto cómo en España y especialmente en Cataluña ha ido creciendo el número de personas que habiendo cometido un delito se han podido acoger a medidas penales alternativas, tras la correspondiente sentencia judicial. Las *III Jornadas de Patología Dual* celebradas el 14 y 15 de octubre de 2010 en Benito Menni Complejo Asistencial en Salud Mental, Sant Boi de Llobregat, Barcelona, se centraron en las medidas penales alternativas (p. ej., trabajos en beneficio de la comunidad, formación) y especialmente en las medidas de seguridad. Son medidas articuladas por nuevas leyes más cercanas a las necesidades de la ciudadanía, las cuales permiten que el sentenciador pueda emitir una orden de internamiento terapéutico o de seguimiento ambulatorio beneficiosa para la persona afectada y sin menoscabo de la seguridad de esta o de terceros. Las medidas de seguridad deben entenderse como sentencias judiciales que permiten sustituir o complementar el internamiento penitenciario por el tratamiento en ambulatorio de salud mental y/o adicciones, hospital psiquiátrico, comunidad terapéutica para toxicomanías o centro educativo especial con el

fin de facilitar al máximo la rehabilitación del enfermo que ha delinquido. El núcleo es penal, pero de él dimana el tratamiento como alternativa: estamos, sin duda, ante un hito jurídico-sanitario y social. Al mismo tiempo es evidente que la implantación y crecimiento de las medidas penales alternativas ha transcurrido no sin tensiones entre quienes las aplican ni sin problemas prácticos o de visión, y precisamente de ello hablaron los importantes expertos, ampliamente reconocidos en sus respectivos ámbitos, que estas Jornadas concitaron y cuyas aportaciones *Informaciones Psiquiátricas* se complace en editar.

Este es un monográfico que no quiere ser exhaustivo pero sí didáctico y destinado a reunir de forma equilibrada aportaciones clave desde la sanidad y la judicatura. Para los asistentes a las Jornadas supuso una oportunidad única de actualización y profundización en las medidas penales alternativas y específicamente en las medidas de seguridad. De hecho, se revisa una realidad jurídico-sanitaria relativamente nueva, las medidas penales alternativas y específicamente las medidas de seguridad, que como se sabe pueden ser de internamiento terapéutico o de seguimiento ambulatorio. La exposición se estructura en los cinco apartados en los que se dividió el congreso. El primer apartado recoge los trabajos de la profesora E. Larrauri y los doctores I. Idiákez y J. Solé, quienes desarrollan su respectiva introducción al tema desde el punto de vista de la criminología, de la psiquiatría forense —con alusión a las fases del procedimiento judicial penal (instrucción, juicio oral y ejecución) y a las medidas privativas y no privativas de libertad— y de la psicopatología de la adicción, con los conceptos clave de motivación, ambivalencia y estadios del cambio y señalamiento de las dificultades inherentes a la interacción sanidad-justicia. El segundo apartado, ya plenamente desde la perspectiva jurídica, recoge los trabajos del Dr. A. Pujol y de los magistrados A. Aiguaviva y J. A. Rodrí-

guez Sáez; desarrollan, respectivamente, la valoración médico-legal de las circunstancias que modifican la responsabilidad criminal —con los conceptos de imputabilidad, culpabilidad y responsabilidad criminal, así como comentarios a artículos del Código Penal, a causas de disminución o de la imputabilidad y a la pericial en psiquiatría—, la imputabilidad en relación a las medidas penales alternativas —con la clasificación penal de las enfermedades mentales, criterios constitucionales de protección del enfermo que ha delinquido, estadísticas al respecto y cuestiones procesales—, y medidas penales alternativas y ejecución penal —con clarificación conceptual de legitimación formal y de fondo, y disquisición sobre el carácter alternativo de las medidas de seguridad—. El tercer apartado recoge las aportaciones clínicas de los doctores J. Bordas, P. Martí y J. Valls, quienes tratan sobre las modalidades de tratamiento en el ambulatorio —con reflexiones sobre la obligatoriedad del tratamiento, la oportunidad de la sentencia y casos clínicos—, la comunidad terapéutica —con su concepto actual y el de unidad de patología dual en ella, además de las medidas penales alternativas que acoge— y la hospitalización psiquiátrica, ilustrada con casos clínicos. El cuarto apartado se centra en la gestión y evaluación de medidas de seguridad de internamiento psiquiátrico y reúne los trabajos del magistrado P. Martín y las doctoras M. Vilella y S. Mohíno, quienes desarrollan, respectivamente, la intervención de los tribunales de justicia en la ejecución de las medidas de seguridad privativas de libertad, el punto de vista médico forense en la evaluación de las medidas de seguridad de larga evolución y la profundización en el concepto del *insight*, y las medidas de seguridad de internamiento en centro psiquiátrico, con la gestión y valoración del riesgo de violencia. El quinto apartado, sobre la experiencia del delegado judicial, el psiquiatra y el médico forense, recoge las aportaciones de la psicóloga L. Enríquez

y de los doctores J. M. Cebamanos y L. Planchat, quienes se centran en la concreción de sus competencias en relación a las medidas de seguridad, describiendo, respectivamente, las tareas de intervención y seguimiento del delegado judicial, la hospitalización psiquiátrica de media y larga estancia, y la experiencia medicoforense en un partido con dos grandes hospitales psiquiátricos como es Sant Boi. El monográfico concluye con la presentación final de M. Cerón, subdirector general en el *Departament de Justícia* catalán, con datos actualizados, resultados obtenidos y retos para el futuro.

---

I

**INTRODUCCIÓN DESDE  
LA CRIMINOLOGÍA, LA PSIQUIATRÍA  
FORENSE Y LA PSICOPATOLOGÍA  
DE LA ADICCIÓN**

---



---

# INTRODUCCIÓN A LAS MEDIDAS PENALES ALTERNATIVAS DESDE LA CRIMINOLOGÍA

---

ELENA LARRAURI PIJOAN

*Catedrática de Derecho Penal y Criminología. Universitat Pompeu Fabra.*

Recepción: 03-03-11 / Aceptación: 17-03-11

Para una diferenciación didáctica entre la figura del penalista y la del criminólogo podría decirse que el primero interpreta y aplica las leyes del Código Penal y el segundo analiza la realidad de esta aplicación: ¿cuántas veces se suspende la pena de prisión en nuestro país, por ejemplo? ¿En cuántas ocasiones los jueces imponen un programa de deshabitación? ¿Cuáles son los problemas que encuentran los delegados encargados de supervisar estas penas?

La segunda cuestión conceptual hace referencia al nombre de medidas penales alternativas. Cuando los juristas y criminólogos usamos este concepto nos referimos a personas juzgadas como racionales y responsables de sus actos a las que el juez ha condenado a una pena no privativa de libertad; por ejemplo, a una multa o a trabajo en beneficio a la comunidad. Por el contrario, en su ámbito de salud mental ustedes llaman medidas penales alternativas a aquellas medidas que se imponen a personas que han sido declaradas no (total-

mente) racionales y no responsables. Nosotros llamamos a estas últimas medidas de seguridad. El distinto nombre se debe a que desde antiguo se pretende indicar que se imponen no como castigo, pues la persona no es responsable, sino como «medida de seguridad» para proteger a la sociedad de alguien que si bien no es plenamente responsable y por tanto no cabe aplicarle una pena, debemos imponerle alguna medida coactiva. Debido a que a las medidas de seguridad las gestiona también la Generalitat catalana y en concreto *Serveis Penitenciaris, Rehabilitació i Justícia Juvenil*, es por lo que creo que surge este equívoco.

Vemos, pues, que las medidas penales alternativas enseguida sugieren conceptos clave como imputabilidad y penas privativas y no privativas de libertad; profundizar en ellos excede el objetivo de estas *III Jornadas de Patología Dual*. Pero sí es pertinente introducir los datos que siguen.

En el ámbito de las penas no priva-

tivas de libertad para personas consideradas responsables y racionales (imputables) en España, anteriormente las penas eran de prisión o multa, no había respuestas diversificadas. Pero no todos iban a prisión; existía la suspensión condicional.

Desde 1996, con el nuevo Código Penal hay mayor número de penas no privativas de libertad: trabajo en beneficio de la comunidad, arresto en fin de semana, localización permanente, programas formativos.

Además a la suspensión condicional se le añadieron más requisitos al de no delinquir, y se especifican reglas de conducta, con lo que se acerca a la *probation* anglosajona<sup>1</sup>. Así, a pacientes que han delinquido se les añade a la suspensión de la pena tratamientos como psicoterapia cognitivo-conductual o bien programas de desintoxicación. Un ejemplo es la aplicación de la primera a penados por violencia de género.

Las penas no privativas de libertad se basan en los siguientes principios:

- *Proporcionalidad*, principio garantista y legalidad. El juez en este ámbito no puede hacer todo lo que él crea necesario para curar o reeducar al condenado sino que debe moverse dentro de los parámetros fijados por la ley. Ello necesariamente conlleva elementos de rigidez.
- *Protección de la víctima*, principio del que dimanar, por ejemplo, las órdenes de alejamiento y prohibición de comunicación.
- *Resocialización*, principio que permite introducir la necesaria flexibilidad de cara a las medidas que puede imponer el juez.

Si bien es cierto que las penas no privativas de libertad requieren recur-

sos, según datos de la *Direcció General de Mesures Penals Alternatives* de la administración catalana, las medidas penales alternativas no parecen resultar más caras que el internamiento penitenciario. Este representa 69 €/día por recluso frente a los 3 €/día que costarían las primeras. ¿Por qué entonces no son más utilizadas?

Por un lado el legislador no siempre permite el recurso a medidas penales alternativas. En general, si la pena supera los dos años o si la persona tiene antecedentes el juez se encuentra con la obligación casi ineludible de imponer pena de prisión.

En segundo lugar, para el juez la ejecución es laboriosa. Y en ocasiones la Administración no pone todos los recursos que debiera para que estas penas se puedan ejecutar. Así, hay jueces que no condenan a programas formativos si piensan que en su comunidad autónoma o provincia no hay ninguno. Además, la opinión pública tiene dificultades en asimilar que algo como «un cursillo» sea un castigo, ya que desde comienzos del siglo XIX siempre se ha identificado castigo con cárcel<sup>2</sup>.

Hay diferencias de aplicación según comunidades autónomas. En Cataluña en general las medidas penales alternativas son más aplicadas, pero cuántas sesiones se imponen varía por comunidades autónomas. Por ejemplo, en la Comunidad Valenciana los programas formativos para personas condenadas por violencia doméstica duran un año y en Catalunya tres meses.

Cuando la persona es declarada inimputable, es decir, irresponsable penalmente entonces se le impone una medida de seguridad. Estas pueden ser privativas de libertad o no privativas de libertad. Característico de todo el sis-

tema de medidas de seguridad es que permite imponer un tratamiento ambulatorio o un tratamiento de desintoxicación y es mucho más flexible.

El problema con el cual quizá se encuentran los jueces es que para imponer una medida de seguridad que permita una mayor actuación de los profesionales de la salud debe demostrarse que hay una alteración psíquica. Esto no siempre se hace en el juicio y posteriormente el juez se encuentra limitado, pues no tiene ninguna base legal que le permita imponer una medida de seguridad y debe moverse entre los márgenes más rígidos de las penas (aun cuando estas sean las penas no privativas de libertad).

En resumen y a grandes trazos, el sistema ofrece una respuesta a los imputables que permite un menor margen a los profesionales de la salud, y otra respuesta que implica imponer una medida de seguridad que permite una mayor flexibilidad e intervención curativa pero que requiere de una declaración previa de inimputabilidad, un admitir que está «enfermo».

Este sistema bifurcado provoca diversos problemas. Hay uno que por su actualidad quizás merece destacar y hace referencia a la posibilidad de imponer a las personas imputables algún tratamiento de forma coactiva. Por ejemplo, el juez de ejecución (o el delegado de ejecución de la medida) se encuentra con el hecho de que para poder asistir a un programa formativo la persona debería previamente confrontar sus problemas con el alcohol. ¿Puede el juez forzarle a ir a este tratamiento adicional? Como he anticipado, en la sentencia no hay ninguna referencia a problemas de

alcoholismo y no hay ninguna referencia a que nos encontramos con una persona no imputable. Por tanto el juez se encuentra ante la disyuntiva de ejecutar solo la pena impuesta en la sentencia (que en la práctica es de difícil ejecución si la persona tiene problemas con el alcohol) o imponer de forma adicional la obligación de acudir a un tratamiento de desintoxicación (el cual podría objetarse que no hay base legal alguna para imponerlo). Algunos jueces optan por la primera opción y otros por la segunda.

Este tema pone, a mi juicio, de relevancia dos cuestiones para las que sería deseable encontrar algún espacio y debatirlas con más calma: la primera es la rigidez del sistema, que obliga a declarar la inimputabilidad para poder imponer determinadas medidas como un tratamiento de desintoxicación. Piénsese que incluso para poder imponer este tratamiento a una persona imputable drogodependiente debería quedar probado en la sentencia su drogodependencia. La segunda es la paradoja de que actualmente cuando se intenta afirmar que esta persona tiene un problema mental o de alcoholismo se conteste rápidamente que «no son enfermos». Esta declaración se hace probablemente para conseguir afirmar su responsabilidad penal, pero por otro lado evita que se puedan tomar las medidas necesarias bajo el paraguas de las medidas de seguridad. Pues precisamente, por infinidad de motivos contradictorios, nos negamos a verle enfermo. ¿Cuán grave debe ser la enfermedad, o de qué tipo debe ser la enfermedad, para que finalmente admitamos que los profesionales de la salud mental deben actuar antes que el castigo?



---

# INTRODUCCIÓN A LAS MEDIDAS PENALES ALTERNATIVAS DESDE LA PSIQUIATRÍA FORENSE

---

ITZIAR IDIAKEZ ALBERDI

*Jefe de Sección de Psiquiatría Forense. Institut de Medicina Legal de Catalunya.*

Recepción: 03-03-11 / Aceptación: 17-03-11

Hay que empezar diciendo que el médico y psiquiatra forenses tienen como funciones la asistencia técnica a los diferentes órganos de la Administración de Justicia, estando en dependencia orgánica del organismo médico-legal correspondiente.

Aunque el Código Penal prevea la inimputabilidad de los enfermos mentales y por tanto no se les pueda aplicar una pena, ello no excluye la posibilidad de imponerles una medida de seguridad, basándose en que las anomalías psíquicas pueden conllevar cierta peligrosidad y en que hay que evitar la posibilidad de que se cometan nuevos delitos. La medida de seguridad no pretende castigar (pena) ni compensar por el delito cometido, solo intenta prevenir futuros delitos por parte de aquellas personas en las que es previsible que suceda. Según los artículos 6 y 95 del Código Penal, debe demostrarse que se haya cometido un hecho contemplado como delito (conducta típica y antijurídica) y que se pueda deducir, de los

hechos y circunstancias personales del sujeto la probabilidad de comisión de nuevos delitos.

## 1. FASES DEL PROCEDIMIENTO JUDICIAL PENAL

Las fases del procedimiento judicial penal son:

- **De instrucción:** «Se emita informe pericial al objeto de dictaminar sobre el tratamiento seguido por el imputado desde su ingreso en prisión y estado de su salud mental, dictaminando especialmente sobre la peligrosidad social de aquel en el momento del juicio, hallándose sometido a tratamiento psiquiátrico adecuado».
- **Juicio oral:** «Se emita informe para determinar su grado de imputabilidad y medida de seguridad aplicable».

- *Fase de ejecución*, pudiendo darse el caso de sustitución, cese o suspensión de la medida penal alternativa.

### 1.1. Fase de instrucción

A su vez, la fase de instrucción es también una medida de observación cuyos objetivos comprenden el diagnóstico, la estabilización psicopatológica y el posible destino del procesado a módulo penitenciario, enfermería psiquiátrica penitenciaria, unidad hospitalaria psiquiátrica penitenciaria, hospital penitenciario u hospital psiquiátrico civil. Ello se fundamenta en el artículo 381 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, del que cabe destacar lo siguiente: «Si el Juez de Instrucción observa indicios de enfermedad mental en el procesado, le someterá a observación de los médicos del establecimiento donde estuviera preso u otro público si estuviera en libertad o fuera más adecuado. La información médica obtenida servirá para precisar la concurrencia o no de la eximente de enajenación mental.» Y también: «Se emita informe pericial al objeto de dictaminar sobre el tratamiento seguido por el imputado desde su ingreso en prisión y estado de su salud mental, dictaminando especialmente sobre la peligrosidad social de aquel en el momento del juicio, hallándose sometido a tratamiento psiquiátrico adecuado».

### 1.2. Fase de juicio oral

La fase de juicio oral comprende los siguientes elementos: diagnóstico, estado psicopatológico en el momento de los hechos y en el momento del juicio oral, afectación de capacidades voliti-

vas y cognoscitivas en relación con los hechos que se juzgan, y la propia aplicación de medida penal alternativa, con valoración de la peligrosidad (antecedentes biográficos personales y delictivos, patología mental, tóxicos, personalidad, entorno familiar y social): «Se emita informe para determinar su grado de imputabilidad y medida de seguridad aplicable».

Las sentencias se especifican según los siguientes párrafos de los artículos mencionados: «El acusado presenta un trastorno que le permite conocer el bien y el mal, pero con una gran dificultad para controlarse, y habiendo informado los facultativos que es *potencialmente peligroso*, con un alto riesgo, habiendo indicado el médico forense sobre la conveniencia de tratamiento en un ambiente cerrado, como el de un centro psiquiátrico penitenciario...» «Se decreta su internamiento en Centro Especial adecuado a su patología, y en régimen cerrado, del que no podrá salir sin autorización de este Tribunal, y que se determinará en ejecución de sentencia, debiendo en este sentido oficiarse a la *Conselleria de Sanitat*, procediéndose en caso negativo al traslado del penado a Centro Penitenciario Psiquiátrico para cumplir la medida de seguridad de referencia...» «Y concurriendo la atenuante de drogadicción del artículo 21.2 en relación con el artículo 20.2 del Código Penal, la sumisión a internamiento en un centro de deshabituación por un período máximo de cinco años.» «El brote delirante puede surgir en cualquier momento incluso bajo control de medicación, según informe pericial en acto del juicio oral, de aquí que como medida de seguridad de *defensa social* se proceda al internamiento para tratamiento médico en un centro psiquiátrico penitenciario.»

### 1.3. Fase de ejecución

Es en la fase de ejecución penal cuando puede tener lugar el cambio de medida penal alternativa a cese, sustitución y suspensión. Se trata entonces de valorar la peligrosidad, que es valorar el riesgo de violencia, uno de los objetivos de la práctica médico-forense, especialmente en el momento de adoptarse medidas de seguridad. La peligrosidad criminal, como concepto, es la tendencia de una persona a cometer un delito, es decir, la probabilidad de comisión de actos delictivos futuros, evidenciada generalmente por su conducta antisocial. Es un concepto esencialmente criminológico. Ante el diagnóstico del riesgo de peligrosidad hay que puntualizar que el diagnóstico es prospectivo, que es imposible predecir una conducta humana y que el propio concepto de peligrosidad es subjetivo, existiendo múltiples creencias erróneas. Lo que cobra importancia es la interacción entre las características psicológicas del sujeto y los factores situacionales y contextuales. Se dispone de instrumentos clínicos como la HCR-20, guía para la valoración del riesgo de comportamientos violentos, y la escala de psicopatía PCL-R (Hare, 1991). Asimismo, los instrumentos estadísticos actuariales disponibles son VRAG, SORAG, RRASOR.

## 2. MEDIDAS PRIVATIVAS Y NO PRIVATIVAS DE LIBERTAD

Las medidas penales alternativas, como ya se ha dicho, se derivan de una exención o atenuación de la responsabilidad criminal, pudiendo ser privativas o no privativas de libertad. En caso de

eximentes completas son aplicables medidas penales alternativas cuando concurren las siguientes condiciones: existe la comisión de un delito, se da la declaración por parte del Juez o Tribunal de exención total de responsabilidad criminal, se constata la peligrosidad del sujeto así como un pronóstico de peligrosidad futura, y se concluye por tanto la necesidad de la medida penal alternativa. Se aplicará una medida privativa de libertad cuando la pena correspondiente al delito sea privativa de libertad (internamiento en un centro psiquiátrico) en unidades de internamiento penitenciario, enfermerías psiquiátricas, unidades psiquiátricas polivalentes, la Unidad Hospitalaria Psiquiátrica Penitenciaria de Catalunya (UHHP), el Hospital Penitenciario de Terrassa y unidades de internamiento civil.

Las medidas no privativas de libertad comportan sumisión a tratamiento externo en centros médicos o establecimientos de carácter socio-sanitario por tiempo no superior a cinco años, custodia familiar por un tiempo no superior a cinco años, sometimiento a programas de tipo formativo, cultural, educativo, profesional, de educación sexual o similares por un tiempo no superior a cinco años, y otros. Son lugares de aplicación tanto la red psiquiátrica ambulatoria, con los Centros de Salud Mental y los Hospitales de Día, como la red de rehabilitación comunitaria, con los Servicios de Rehabilitación Comunitaria (Centros de Día), las Unidades Polivalentes, los programas de trastorno mental severo, y otros.

Finalmente, la gestión de las medidas penales alternativas debe hacerse según criterios tanto asistenciales, en aras de la estabilización psicopatológica y según evolución del trastorno men-

tal, cuanto preventivos, con el objetivo de que no vuelva a producirse la comisión de nuevos delitos. Son esenciales asimismo los criterios de reinserción y rehabilitación, debiéndose valorar en cada caso la situación familiar y el apoyo social disponible. La gestión de las

medidas penales alternativas es una tarea multidisciplinar para la cual es indispensable la mayor coordinación posible entre los diversos equipos médicos asistenciales, los equipos de medidas penales alternativas, los médicos forenses y los juzgados pertinentes.

---

# MOTIVACIÓN DEL PENADO Y DIFICULTADES DE INTERACCIÓN SANIDAD-JUDICATURA EN LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD DE INTERNAMIENTO

---

JOSEP SOLÉ PUIG

*Coordinador de la Unidad de Patología Dual y del Centro de Atención y Seguimiento de drogodependencias. Benito Menni Complejo Asistencial en Salud Mental.*

Recepción: 03-03-11 / Aceptación: 17-03-11

## 1. CONTEXTO

### 1.1. Generalidades

En atención al lector no iniciado en terminología sanitaria, antes de centrarnos en lo que el título señala parece oportuno sentar algunos hechos y conceptos relativos al ámbito de la salud mental. La sociedad sabe que los trastornos por uso de sustancias producen graves repercusiones de todo tipo: personales, familiares, laborales, sociales, epidemiológicas, de salud pública, accidentes de circulación, lesiones físicas, traumas psicológicos, mortalidad, auto y aloagresividad, violencia de género, criminalidad, marginación... La investigación clínica ha demostrado que en este panorama predomina el sexo masculino, unas cuatro veces más que el femenino. En muchos casos existen antecedentes familiares de trastornos mentales, tanto adictivos como no adictivos. También es frecuente que el (poli) consumo de sustancias empie-

ce en la primera adolescencia. Sin olvidar la ubicuidad de la adicción a nicotina ni, en muchos casos, de adicciones no químicas como el juego patológico. Por supuesto, la presencia de patología orgánica muchas veces grave e incluso letal tampoco es infrecuente. Como no lo es la desestructuración familiar, con separaciones, desempleo y subsidios, que pueden contribuir a la adquisición de tóxicos. Y en fin, son tan frecuentes los actos delictivos, con la subsiguiente intervención de la administración de justicia y de las fuerzas de seguridad, que se justifica la celebración de congresos como el presente.

### 1.2. Recursos sanitarios

Ante esta realidad disponemos de redes y recursos sociales y sanitarios. Cabe destacar aquí el primer nivel asistencial, es decir la Atención Primaria de Salud; y también los servicios de salud mental, con los correspondientes centros ambulatorios infantojuveniles

(CSMIJ) y para adultos (CSMA) o los centros de atención y seguimiento (CAS) a drogodependencias; los servicios de salud mental hospitalarios, con las unidades hospitalarias de desintoxicación (UHD) y de patología dual (UPD); los hospitales generales, que contribuyen a afrontar repercusiones médico-quirúrgicas de los trastornos mentales adictivos y no adictivos; y en el tercer nivel también se dispone de las comunidades terapéuticas (CT) especializadas en alcoholismo y toxicomanías. A propósito de las mismas, cabe informar<sup>3</sup> que en España hay más de ciento veinte y que dan trabajo a unos mil trescientos profesionales, psicólogos y educadores sociales sobre todo. Más de tres mil plazas son gratuitas o subvencionadas. El núcleo de su labor es la educación cotidiana, de forma que cuanto más prolongada es la estancia del residente más implicación se requiere del residente en las tareas diarias. Las estancias breves suelen conllevar mayor peso relativo de terapia individual. (Véase más abajo la contribución sobre comunidad terapéutica.)

Por tanto, si para hablar de medidas de seguridad hay que distinguir entre internamiento penitenciario e internamiento terapéutico, vemos que este último comprende desintoxicación hospitalaria y hospitalización en salud mental de agudos, hospitalización de patología dual, de subagudos, de rehabilitación psiquiátrica (crónicos) y estancia en comunidad terapéutica, que puede ser breve, media y prolongada. Como se sabe, hoy día se entiende la hospitalización como paréntesis necesario. El seguimiento ambulatorio se considera referente central, y la tendencia es a unificar CSMA y CAS. Se tiende también a concebir la hospitalización en unidad de desintoxicación como de agudos, y

en unidad de patología dual como de subagudos.

## 2. MOTIVACIÓN Y AMBIVALENCIA

### 2.1. Hacia la abstinencia estable

Dicho esto, pasemos a los problemas que surgen de la interacción sanidad-justicia, interacción inherente a las medidas de seguridad. En primer lugar podría parecer que la misión del tratamiento se halla en contradicción con la ejecución de la pena. Alguien penado a tratamiento se somete al mismo. De entrada no parece que vaya a tener la motivación que alberga quien busca tratarse sin estar coartado por el imperio de la ley. Este último suele llevar un tiempo pensando seriamente en abandonar su o sus hábitos más problemáticos, e incluso puede haber empezado a efectuar ciertos cambios en sus rutinas diarias para alejarse del consumo problemático a fin de reducirlo. O más aún, habrá alguien que habiendo reducido el consumo logra abandonarlo para abstenerse del mismo antes incluso de empezar el tratamiento. Esto es posible observarlo, por ejemplo, en usuarios que durante las semanas de espera hasta la cita terapéutica ambulatoria consiguen detener el consumo y llegan abstinentes a la visita; les llamamos pacientes en principio motivados. Por supuesto, las diferencias de actitud mencionadas tienen gran importancia clínica. Nos hablan del estado motivacional de los pacientes con trastorno adictivo y de cómo se traduce esta mayor o menor madurez volitiva en su actitud frente al cambio que ha de ser fundamental en sus vidas y que no es otro que el proceso de intenciones, decisiones y acciones que les debería lle-

var a la abstinencia estable, más o menos cercana en el tiempo y más o menos sólida y duradera según sea la intensidad y constancia de dicha motivación.

## 2.2. La adicción, núcleo duro

Hay acuerdo en lo siguiente: *la adicción puede definirse como trastorno persistente de la motivación*<sup>4</sup>. La relevancia de la motivación es tal que constituye sin duda el principal objetivo de la psicopatología de la adicción. Precisamente es en el campo de las adicciones donde más claramente se observa la realidad de la motivación, que comprende necesidades humanas básicas —p. ej., según la lista más conocida<sup>5</sup> son las necesidades fisiológicas, como respirar, comer, beber, sexualidad, sueño, excreción; las necesidades de seguridad corporal, de empleo, de recursos, salud, propiedad; las necesidades afectivas y de grupo primario de pertenencia, como amistad, familia e intimidad sexual; necesidades de estima como autoestima, confianza, consecuciones y logros, respeto de/por los demás; y necesidades de autorrealización, como moralidad, creatividad, espontaneidad, solución de problemas, falta de prejuicios, aceptación de los hechos— que nos mueven a satisfacerlas, que nos motivan hacia su satisfacción. La motivación queda especificada entonces en cada una de las motivaciones correspondientes a las distintas necesidades básicas, y puede expresarse así: la motivación es el sistema efector de la satisfacción de dichas necesidades. Pues bien, todo este largo, complejo proceso volitivo incluye tanto las intenciones que maduran a propósitos y que finalmente devienen decisiones, como las acciones que de ellas se derivan o de su

falta, es decir, de omisiones. Y cuando hablamos de *ambivalencia*, de que *se quiere y al mismo tiempo no se quiere* la abstinencia estable, estamos aludiendo al forcejeo permanente entre la motivación por sanar, esto es, por abstenerse de tóxicos y cambiar, y a la inercia que lleva a seguir igual y no cambiar, al «más de lo mismo», también expresado como actitudes de consumo, de la calle u otras perifrasis (justificaciones, racionalizaciones y autoengaño, excusas y coartadas ante emociones negativas, no mirar más allá del corto plazo, no querer ver las consecuencias de los propios actos, egoísmo, irresponsabilidad, al pan para hoy y hambre para mañana, etc.), siendo la terminología más técnica y benévola la de precontemplación, concepto al que enseguida volvemos. Puede decirse que el campo volitivo del sujeto, parasitado por la adicción, muestra el tira y afloja entre seguir con el consumo y abandonarlo resistiéndose al deseo de volver a él. Solo una vez desbrozados los obstáculos volitivos que puedan surgir ante el acarreador de un trastorno adictivo y, por tanto, de un estado de ambivalencia, será por fin factible que entren en juego *intenciones constructivas, propósitos personales y acciones sostenidas* capaces de generar cambios de alcance en el sujeto. Habrá albergado vagas intenciones al principio, resultantes a su vez del juego entre deseos y temores que el proceso de elección y decisión posibilita y que eventualmente va cobrando fuerza volitiva hasta perfilarse como propósito claro que finalmente aboca a un acto, a unas acciones y actuaciones (y a omisiones) y a su valoración. Las necesidades humanas antes enumeradas acaban siendo entonces el gran propulsor motivacional de los adictos en rehabilita-

ción. Fundamental en la condición humana es el espíritu de superación, y esto es algo que las personas en recuperación de su enfermedad adictiva eventualmente protagonizan.

### **3. ESTADIOS DEL CAMBIO Y COERCIÓN**

#### **3.1. Dudar, decidirse, no recaer**

Desde hace más de dos décadas está bien asentado el conocimiento de las diferentes actitudes ante la abstinencia no efímera como cambio real de conducta. Es un conocimiento que ha identificado no solamente cada una de estas actitudes básicas, sino que también las ha relacionado entre sí para enmarcarlas de forma evolutiva en un mismo individuo. Así, de alguien que lleva un tiempo pensando seriamente en que debería dejar su o sus trastornos adictivos, es decir, que está considerando la necesidad de abstenerse de uno o más hábitos perjudiciales, decimos que se halla en estadio de contemplación del cambio; aquí contemplar se hace sinónimo de considerar. Sabemos que son muchos los consumidores problemáticos que tienen esta actitud y reciben el nombre de contempladores por parte de los profesionales de la salud mental. La otra gran mayoría de pacientes son, lamentablemente, aquellos que ni se plantean la necesidad de cambiar porque su preferencia es seguir consumiendo la o las sustancias a las que son adictos. Quizá puedan exclamar que su adicción sí les preocupa, pero dentro de su ambivalencia la intención de persistir en el consumo prevalece muy claramente sobre una recóndita intención de parar. A estos pacientes que ni tan siquiera consideran, prácticamente, la necesidad de

abstenerse de tóxicos se les denomina precontempladores, o mejor, se dice de ellos que se hallan en el estadio de precontemplación o preconsideración del cambio a la abstinencia estable. Estas personas suelen ser bastante impermeables a razones y argumentos pro-abstinencia y es difícil que recalen en dispositivos de la red asistencial especializados en salud mental o adicciones. Probablemente necesitarán los servicios médico-quirúrgicos de la sanidad general por las complicaciones producidas por su hábito (bronquitis en tabaquismo, hepatopatía en alcoholismo o problemas cardiovasculares en cocaino-dependencia, p. ej.). De aquellos que puedan haber empezado a efectuar ciertos cambios en sus rutinas diarias para alejarse del consumo problemático a fin de reducirlo se dice que están en el estadio de preparación del cambio. Y de los que habiendo reducido el consumo logran abandonarlo para abstenerse del mismo (a veces antes incluso de empezar el tratamiento) se dice que han entrado en acción. Por tanto, precontemplación, contemplación, preparación y acción son estadios<sup>6</sup> y actitudes motivacionales fundamentales cuando de valorar a los pacientes con trastorno adictivo se trata. Quien tras entrar en acción continúa sin consumir y por tanto no recae se halla en el estadio de mantenimiento de la abstinencia. Y en el otro extremo, quien reanuda el uso de alcohol y/o drogas aqueja recaída y por tanto vuelve al estadio de precontemplación más arriba descrito.

#### **3.2. Motivación intrínseca y extrínseca**

Tras esta digresión sobre los estadios del cambio, siempre indispensable en

cualquier discurso sobre trastorno adictivo, volvemos a la cuestión de si la misión del tratamiento se halla en contradicción con la ejecución de la pena y de si alguien penado con cumplir un tratamiento no puede tener la motivación suficiente para tratarse. La respuesta a esta pregunta es que en términos de motivación intrínseca, el paciente sometido a medida penal alternativa suele mostrarse deficitario respecto del paciente no penado. ¿Significa esto que toda medida de seguridad se halla abocada al fracaso terapéutico? Afortunadamente no. En la bibliografía son mayoría los autores que afirman que un tratamiento forzado por el cumplimiento de la ley no tiene porqué dar peores resultados que uno que no lo esté. La razón estriba en que además de mostrar un núcleo intrínseco, la motivación está influida por presiones y factores externos. Los más usuales son los requerimientos que parejas, familiares, allegados y empleadores suelen plantear a quienes aquejan trastorno adictivo. Y una fuente poderosa de motivación extrínseca es precisamente la pena a medida penal alternativa. Vemos, pues, que no es tanta la contradicción y la distancia entre pacientes penados y pacientes motivados. Unos y otros comparten una motivación describible de forma evolutiva en términos de estadio del cambio, motivación compuesta a su vez por una predisposición idiosincrática a decidirse por cambiar y a mantener la acción, o sea la motivación intrínseca, y por todas aquellas influencias que condicionan hacia la abstinencia estable como solución última de los problemas aquejados y que puede denominarse motivación extrínseca.

La motivación de quienes padecen trastorno adictivo puede verse entonces

como un *continuum* en uno de cuyos extremos se hallaría la motivación intrínseca libre de cualquier condicionamiento, digamos la pura fuerza de voluntad si es que esto existe, y en el otro la actitud de sometimiento forzado, de sumisión a pena de medida de seguridad según sentencia judicial, de cuyo incumplimiento se deriva prisión. Puede pensarse que en el primer caso el pronóstico será siempre óptimo e infausto en el segundo, pero una vez más nos podemos equivocar. Alguien que en un momento dado ha cambiado a abstinencia estable mostrando una buena motivación no está ni mucho menos libre de recaídas. Y en el otro extremo, uno que se ha sometido a medida de seguridad para evitar la cárcel no tiene porqué ser visto como candidato al fracaso seguro. Si bien es justo reconocer que continuaremos concediendo más probabilidades de éxito al primero que al segundo. Este último habrá evitado la privación de libertad y estará descontando los días que le faltan para finalizar la medida al modo como lo haría en la cárcel, y esto sugiere una motivación poco robusta y permanencia en el estadio precontemplador del cambio. Pero la experiencia clínica y su reflejo en la bibliografía dan este mensaje unívoco en el que hoy día hay acuerdo: no por forzado un tratamiento tiene que ser menos útil. Es más, no pocos enfermos adictos le deben la rehabilitación a la coerción inherente al cumplimiento de la pena.

#### **4. RIESGOS SANITARIOS DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD**

Otra cuestión fundamental es que con las medidas de seguridad aumenta

el riesgo para el resto de usuarios y los profesionales, y a ello se vuelve al final de esta aportación. La mejor manera de neutralizar riesgos es optimizar la coordinación del sector sanitario y social con los organismos jurídico-administrativos, especialmente con los magistrados y los jueces de vigilancia penitenciaria. En medidas de seguridad, los delegados judiciales canalizan en la práctica esta coordinación. (Véase la contribución correspondiente.)

Para una mejor interacción sanidad-justicia debería avanzarse en satisfacer una serie de necesidades detectadas. Acordar y compartir criterios sería probablemente la primera de ellas, ya que ambos mundos deberán acercarse más si es que se quiere mejorar la situación actual. Se echan en falta compromisos entre el Ministerio y las Consejerías de Justicia por un lado y los dispositivos sanitarios y sociales que operan en medidas de seguridad por el otro. Reivindicaciones muchas veces repetidas en los campos sanitario y social son la necesidad de disponer en todos los dispositivos concernidos de *staff* cualificado e infraestructuras suficientes, de programas específicos adaptados a los distintos usuarios, y de que las comunidades terapéuticas merecedoras de ello puedan obtener reconocimiento oficial. En este último sector todavía hay demasiado diferencias entre los dispositivos, que se traducen en que algunas carteras de servicio son deficitarias en términos cualitativos y cuantitativos. En general, allí donde se lleven a cabo medidas de seguridad debería exigirse un mínimo de prestaciones y estándares de calidad consensuados.

Hay acuerdo en que jueces y fiscales deberían conocer o conocer mejor los recursos de salud mental y adicciones,

para así tener una idea cabal de adónde dirigen sus oficios y de qué medios disponen sus destinatarios. Los juristas suelen ser los primeros en reconocer que a ello se le dedica poco tiempo durante su formación. Parece que no son mayoría los profesionales de la administración de justicia que han visitado centros penitenciarios, y todavía son menos los que han visitado centros de internamiento terapéutico como son los hospitales psiquiátricos o las comunidades terapéuticas. Sus profesionales suelen lamentarse de los tiempos prolongados de la administración de justicia, con demoras para obtener permisos, expulsiones, cambios de medida y finalizaciones de tratamiento. Se quejan, en fin, de excesiva falta de agilidad en los procesos de administración de justicia. La percepción de los profesionales de la sanidad implicados en la prestación de medidas de seguridad es de poca sensibilidad ante sus necesidades por parte del mundo jurídico.

Ante ello se han lanzado propuestas como la creación de nuevos dispositivos que pudieran efectuar acogidas inmediatas, urgencias de violencia de género, unidades de patología dual dedicadas a medidas de seguridad, y unidades de patología dual y comunidades terapéuticas específicas de agudos y subagudos. El objetivo común sería reducir demoras una vez dictada la sentencia de medida de internamiento, demoras que todavía se producen. Hay que decir que frente a estas propuestas están las de aquéllos que ven más eficiente la creación de nuevos o mejores programas asistenciales específicos en las infraestructuras ya existentes.

No todos los pacientes con sentencia de medida de seguridad de internamiento terapéutico pueden beneficiarse

del tratamiento. En unos casos se debe a dificultades de diagnóstico, entendido este como una descripción sintética de un momento evolutivo determinado, y no como etiqueta a trasladar de un informe a otro de forma acrítica. En otros casos, la dificultad proviene del propio paciente, que no puede o no quiere adaptarse al recurso, nuevo para él. Algunos no toleran la convivencia o la mera coexistencia. Otros sencillamente no quieren tratarse, hasta el punto que no parece importarles el desacato a la autoridad judicial. Y la mayoría de ellos, tanto entre usuarios penados como los que no lo están (recuérdese a tantos hepatópatas que beben o a tantos bronquíticos que fuman), son los que no quieren cambiar a conductas favorecedoras de la salud. Como hemos visto, los técnicos lo suelen describir en términos de escasa motivación al cambio, o con mayor precisión, de permanencia en un estadio de contemplación o incluso precontemplación ante dicho cambio.

Estos pacientes que se oponen al internamiento terapéutico, en tanto que medida de seguridad en hospitales psiquiátricos y comunidades terapéuticas, pueden llegar a interferir gravemente en

la estructura sanitaria que les acoge. Para empezar, no suelen ahorrar la crítica destructiva al tratamiento en sí y a los profesionales que lo ponen en práctica a diario. Son descalificaciones que aumentan la tensión y que pueden abocar a conductas miméticas de auto y aloagresividad, por contagio psíquico. La consecuencia del mal ambiente no se hace esperar: altas prematuras por parte de otros pacientes e incluso fugas por parte de otros residentes bajo orden judicial. No tardan entonces en aparecer las actitudes carcelarias, pasivo-agresivas, o mejor dicho, activo-agresivas: amenazas, conatos de agresión física o agitaciones psicomotoras de componente más callejero que psicopatológico. En este clima residencial enrarecido el riesgo de sufrir agresiones físicas, como se ve, va aumentando. Si entonces se piensa en la expulsión como último recurso, habrá que esperar hasta que la resolución judicial se produzca. Se puede llegar así a un estado de decepción por parte del equipo asistencial que quizás aboque al conocido síndrome de *burn-out*: los profesionales perciben que no pueden dar respuestas proporcionadas inmediatas y encima los residentes les atribuyen debilidad.



---

**II**  
**PERSPECTIVA JURÍDICA**

---



---

# VALORACIÓN MÉDICO-LEGAL DE LAS CIRCUNSTANCIAS QUE MODIFICAN LA RESPONSABILIDAD CRIMINAL

---

AMADEO PUJOL ROBINAT

*Jefe del Servicio de Clínica Medicoforense. Institut de Medicina Legal de Catalunya,  
Ciutat de la Justícia de Barcelona i l'Hospitalet.*

Recepción: 03-03-11 / Aceptación: 17-03-11

## INTRODUCCIÓN

La Psiquiatría Forense es una subespecialidad médica que se encuentra entre la Medicina Forense y la Psiquiatría Clínica. Hemos de recordar aquí que la especialidad de psiquiatría nació del tronco de la Medicina Legal. Así, inicialmente en las universidades españolas la psiquiatría se enseñaba dentro de la asignatura de Medicina Legal y Toxicología, y hubo algún catedrático de psiquiatría que empezó siendo profesor de Medicina Legal. Hasta el año 1947 esto fue así, momento en que se crearon las cátedras de psiquiatría, primero en Madrid (Prof. Vallejo Nájera), luego en Barcelona (Prof. Sarró) y posteriormente en el resto de las universidades españolas<sup>7</sup>.

¿Pero qué entendemos por Psiquiatría Forense? Podemos definirla como: «El conjunto de conocimientos psiquiátricos y periciales necesarios para la resolución de los problemas que plantea el derecho, tanto en la aplicación prácti-

ca de las leyes como en su perfeccionamiento y evolución.» Es decir, se trata de una disciplina que requiere para su dominio además de unos amplios conocimientos teórico-prácticos de psiquiatría clínica, un dominio de la medicina pericial. Por lo tanto, no es suficiente el conocimiento en psiquiatría clínica para ser un buen psiquiatra forense, ni tampoco lo es el tener unos buenos conocimientos de medicina pericial para ejercer dicha disciplina de forma competente. Los conocimientos en psiquiatría clínica requieren una amplia formación en psiquiatría, pero, ¿qué implica la competencia en medicina pericial? Dicho de otra manera, ¿cuáles son las cualidades exigibles a un buen perito? Siguiendo a Gisbert-Calabuig, básicamente se requiere una buena formación médica, teórica y práctica, y una formación especializada en Medicina Legal y Forense. Unos conocimientos jurídicos que le permitan captar exactamente el sentido de las tareas que le sean encomendadas y el alcance de las conclusio-

nes que aporte en sus informes<sup>8</sup>. Otras cualidades imprescindibles serían: objetividad, reflexión y sentido común, juicio, imparcialidad, prudencia y veracidad. Simonin apuntó hace ya muchos años, las tres condiciones que son incompatibles con la función pericial médica:

1. El orgullo que ciega.
2. La ignorancia que hace no dudar de nada.
3. La deshonestidad que envilece y degrada<sup>8</sup>.

Básicamente los temas clásicos de la Psiquiatría Forense son la valoración de la imputabilidad a nivel penal, la evaluación del riesgo futuro de violencia o peligrosidad y realizar informes sobre la capacidad procesal del acusado, es decir, en el caso de que este tenga un trastorno psicopatológico, valorar la capacidad para comprender el sentido del proceso judicial, para comprender la acusación y finalmente, su capacidad para ejercer adecuadamente el derecho de defensa. A nivel de la jurisdicción civil, las tareas básicas de la Psiquiatría Forense serían las peritaciones sobre la Capacidad Civil, el internamiento psiquiátrico no voluntario, urgente y ordinario, impugnaciones de testamentos, así como los temas de los que son competentes los Juzgados de Familia. Otras peritaciones típicas de la Psiquiatría Forense serían, la valoración médico-legal del alcoholismo y otras drogodependencias, validez del testimonio, peritación en casos de daño psíquico y también en el tema muy actual de denuncias por violencia de pareja y doméstica, tanto en las peritaciones de la víctima, como al agresor, como a fami-

liares de la pareja. A nivel de la Jurisdicción Social, nos compete el tema de la valoración de una posible incapacidad laboral en sujetos con distintos trastornos mentales<sup>7,8</sup>.

En los siguientes apartados en primer lugar definiremos el concepto de imputabilidad y lo relacionaremos con la responsabilidad criminal y la culpabilidad. Luego haremos una descripción y valoración de los artículos del actual Código Penal que tratan sobre las circunstancias que disminuyen la responsabilidad criminal. A continuación comentaremos algunas causas de disminución o anulación de la imputabilidad y finalmente expondremos las líneas básicas de la pericial psiquiátrico-forense en derecho penal.

## **IMPUTABILIDAD, CULPABILIDAD Y RESPONSABILIDAD CRIMINAL**

La imputabilidad es un concepto jurídico de base psicológica y de la misma dependen la culpabilidad y la responsabilidad. Siguiendo a Gisbert-Calabuig, podemos definirla como: «El conjunto de condiciones psicobiológicas de las personas requerido por las disposiciones legales vigentes para que la acción sea comprendida como causada psíquicamente y éticamente por aquellas.»<sup>8</sup> Siguiendo al mismo autor, dichas condiciones consisten en:

1. Un estado de madurez mínimo, fisiológico y psíquico.
2. Plena conciencia de los actos que realiza la persona.
3. Capacidad de voluntariedad.
4. Capacidad de libertad.

Es decir, desde el punto de vista psicopatológico, lo concretamos en que en el momento de los hechos el sujeto tenga inteligencia y capacidad de discernimiento de sus actos y que tenga intacto el libre albedrío, es decir, la facultad de poder escoger entre diferentes opciones de conducta (Gisbert-Calabuig). Por lo tanto las bases psicobiológicas de la imputabilidad son la inteligencia y la voluntad<sup>8</sup>.

Del mismo modo, encontramos una definición similar en el Código Penal Italiano, que en su artículo 85 establece: «Nadie puede ser castigado por un hecho previsto en la ley como delito, si, en el momento en que lo ha cometido, no era imputable. Es imputable quien tiene la capacidad de entender y de querer.»<sup>9</sup>.

Por lo tanto, la imputabilidad es el requisito previo para que puedan existir la culpabilidad y la responsabilidad. Sin embargo, estos otros dos conceptos tienen una naturaleza únicamente jurídica y por ello el perito médico solo deberá pronunciarse sobre las bases psicobiológicas de la imputabilidad y nunca deberá hablar u opinar sobre los términos de culpabilidad y responsabilidad, que ya hemos dicho que son rigurosamente jurídicos<sup>8</sup>.

La culpabilidad, siguiendo a Muñoz Conde, se basa en que el autor de la infracción penal tenga las facultades psíquicas y físicas mínimas requeridas para poder ser motivado en sus actos por la regulación normativa. El conjunto de estas facultades mínimas requeridas para considerar a un sujeto culpable por haber realizado algún hecho antijurídico se le llama imputabilidad o, también, capacidad de culpabilidad. Si un sujeto no tiene esta capacidad, o bien por falta de madurez suficiente, o por tener una enfermedad mental grave, no

se le puede declarar culpable y, por lo tanto, no puede considerarse responsable penalmente de sus actos<sup>10</sup>.

## COMENTARIOS SOBRE LOS ARTÍCULOS 20 Y 21 DEL CÓDIGO PENAL ESPAÑOL

En el Código Penal Español (1995) no se menciona el término de imputabilidad y solamente se habla de culpabilidad y responsabilidad criminal. En el capítulo II del título I del libro I, se menciona: «De las causas que eximen de la responsabilidad criminal»<sup>11</sup>. En el artículo 20 del Código Penal Español se enumeran las causas de exención de responsabilidad criminal y en el 21 (capítulo III), las circunstancias atenuantes de la misma. En el artículo 20.1 se menciona que el que al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de «cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión», estará exento de responsabilidad criminal (artículo básico para posiblemente poder aplicar en enfermos mentales graves). En el artículo 20.2, se estipula que aquellos que en el momento de cometer la infracción penal: «se hallen en estado de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, siempre que no haya sido buscado con el propósito de cometerla o no se hubiese previsto o debido prever su comisión, o se hallaren bajo la influencia de un síndrome de abstinencia, a causa de su dependencia de tales sustancias, que les impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a

esa comprensión, estarán exentos de responsabilidad criminal»<sup>11</sup>.

**TABLA I**  
**Art. 20 del Código Penal**

Están exentos de responsabilidad criminal:

- 1.º El que al tiempo de cometer la acción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión.

El trastorno mental transitorio no eximirá de pena cuando hubiese sido provocado por el sujeto con el propósito de cometer el delito o hubiera previsto o debido prever su comisión.

- 2.º El que al tiempo de cometer la infracción penal se halle en estado de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, siempre que no haya sido buscado con el propósito de cometerla o no se hubiese previsto o debido prever su comisión, o se halle bajo la influencia de un síndrome de abstinencia, a causa de su dependencia de tales sustancias, que le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión.
- 3.º El que, por sufrir alteraciones en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia, tenga alterada gravemente la conciencia de la realidad.

En los supuestos de los tres primeros números se aplicarán, en su caso, las medidas de seguridad previstas en este Código.

En el artículo 20.3 se especifica que aquellos sujetos que sufren alteraciones de la percepción desde el nacimiento o desde la infancia y tengan alterada la conciencia de la realidad, también pueden tener una exención de la responsabilidad criminal (ver tabla I).

En el artículo 21 se especifican aquellas circunstancias que solo atenúan la responsabilidad criminal<sup>11</sup>. Así, en el 21.1 se podrían incluir aquellas enfermedades mentales graves, cuando no se cumplen todos los requisitos de exención de la responsabilidad que constan en el 20.1. En los supuestos de grave adicción a sustancias pero que no cumplan los requisitos del artículo 20.2 se podría aplicar este precepto. Posteriormente se especifica la circunstancia atenuante de aquellos estados pasionales graves, y finalmente en el artículo 21.6 se indica la denominada «atenuante por analogía», es decir, «cualquier otra cir-

**TABLA II**  
**Art. 21 del Código Penal**

Son circunstancias atenuantes:

- 1.<sup>a</sup> Las causas expresadas en el capítulo anterior, cuando no concurrieren todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad en sus respectivos casos.
- 2.<sup>a</sup> La de actuar el culpable a causa de su grave adicción a las sustancias mencionadas en el número 2.º del artículo anterior.
- 3.<sup>a</sup> La de obrar por causas o estímulos tan poderosos que hayan producido arrebato, obcecación u otro estado pasional de entidad semejante.

- 6.º Cualquier otra circunstancia de análoga significación que las anteriores.

cunstancia de análoga significación que las anteriores» (tabla II).

Por lo tanto, el actual Código Penal considera como causas de exclusión de la responsabilidad criminal a los trastornos psicopatológicos graves (*anomalía o alteración psíquica*), un estado de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas o drogas, hallarse bajo un grave síndrome de abstinencia, en la medida que impidan a un sujeto determinado comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a dicha comprensión; y a la alteración en la percepción que implique una alteración grave de la conciencia de la realidad<sup>11</sup>.

El Código Penal de 1995 abandona la fórmula anterior, incorporada en 1932, en donde se manejaba una valoración únicamente psiquiátrica y se utilizaba el término de enajenación. Actualmente el criterio de valoración es psiquiátrico-psicológico, en donde se tiene en cuenta tanto la causa (*anomalía o alteración psíquica*), como las consecuencias (que el sujeto «no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión»)<sup>12, 13</sup>.

Es decir, podemos concluir de forma sencilla que las bases psicobiológicas de la imputabilidad son las capacidades intelectivas y volitivas del sujeto en el momento de los hechos, y por lo tanto, para una conducta antinormativa determinada.

## CAUSAS DE DISMINUCIÓN O ANULACIÓN DE LA IMPUTABILIDAD

En la tabla III se exponen las principales causas de posible anulación o disminución de la imputabilidad.

Siguiendo a Gisbert-Calabuig, la doc-

TABLA III

### Causas de anulación o disminución de la imputabilidad

- Anomalías o alteraciones psíquicas.
- Trastorno mental transitorio.
- Intoxicación plena por bebidas alcohólicas o drogas.
- Síndrome de abstinencia a drogas.
- Minoría de edad (< 18 años).
- Alteraciones de la percepción desde el nacimiento o desde la infancia con alteración grave de la conciencia de la realidad.
- Arrebato, obcecación y otros estados pasionales.

trina jurisprudencial nos indica que para la valoración de la imputabilidad en estos casos es fundamental tener en cuenta tres criterios, que son:

- a) El cualitativo.
- b) El cuantitativo.
- c) El cronológico<sup>2</sup>.

Otros autores, añaden un cuarto criterio:

- d) Criterio de causalidad.

El criterio cualitativo indica el tipo de anomalía o alteración psíquica, siendo lo importante no solo el diagnóstico, sino sobre todo la naturaleza de las funciones psíquicas afectadas y su repercusión en la conducta del sujeto. Es decir, deberemos comprobar si dicho trastorno psíquico afecta a la capacidad de conocer la bondad o maldad de los actos que realiza (capacidad o facultades intelectivas) y si tiene capacidad y control adecuado para decidirse de una

u otra manera en su conducta (capacidad volitiva).

El segundo criterio, cuantitativo, nos señala la intensidad o nivel de perturbación, ya que la jurisprudencia del Tribunal Supremo ha reiterado que para la apreciación de una eximente completa, en los casos de trastornos mentales que afecten a los requisitos psicológicos ya mencionados, el sujeto en el momento de los hechos ha de estar en una situación de muy severa alteración de sus facultades intelectivas y volitivas.

El tercer criterio, cronológico, se refiere a la permanencia de la anomalía o alteración psíquica que presente el sujeto, dado que entonces jurídicamente se puede hablar de anomalía o alteración psíquica, o de trastorno mental transitorio<sup>8</sup>.

Finalmente, el cuarto criterio, de causalidad, nos indica que debe haber una evidencia clara de la relación entre el trastorno psicopatológico y la conducta antinormativa enjuiciada.

El trastorno mental transitorio es un concepto jurídico de base psicopatológica, en que existe una alteración severa de las facultades mentales, de poca duración y que termina con la curación definitiva. La jurisprudencia del Tribunal Supremo ha reafirmado que el trastorno mental en estos casos tiene que haber sido desencadenado por una causa inmediata y fácilmente evidenciable, su aparición ha sido brusca, la duración corta, se cura de forma rápida, completa, sin secuelas y con pocas probabilidades de repetición. La intensidad del trastorno mental ha de conllevar una anulación completa de las facultades intelectivas y volitivas.

Es una situación infrecuente en la práctica y como ejemplos típicos se describen las psicosis exógenas: infeccio-

nas, tóxicas o metabólicas, la embriaguez patológica y el delirio febril<sup>8</sup>.

En los cuadros de intoxicación plena alcohólica o por drogas, deberá probarse el estado de intoxicación severa por sustancias tóxicas que anule completamente las facultades intelectivas y volitivas. En cuanto al síndrome de abstinencia, deberá probarse la existencia de una drogodependencia grave que pueda causarlo, que se presente el cuadro de abstinencia, que le impida al sujeto comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión y que ello ocurra al cometer la infracción penal<sup>8</sup>.

El tema de las alteraciones de la percepción se plantea en la práctica médico-forense en casos de sordomudos o ciegos sin instrucción (infrecuente en los tiempos actuales) con grave alteración de la conciencia de la realidad o trastornos psicopatológicos asociados. La peritación en estos casos es muy compleja, requieren un estudio clínico exhaustivo y si es posible psicometría complementaria.

Otra atenuante que a veces se plantea es la del arrebató y obcecación, ante la presencia demostrada de estímulos muy poderosos que sean capaces de producir trastornos psicopatológicos. En estos casos, debe demostrarse la presencia de los estímulos capaces de producir trastornos psíquicos en el agente de la infracción, que se produzca un estado pasional de cólera (arrebató) o de ofuscación o turbación (obcecación), capaces de disminuir las facultades intelectivas y volitivas. Los estímulos admitidos en diversas sentencias como desencadenantes han sido los celos, el reto, las injurias y el empleo de mote denigrante u ofensivo<sup>8</sup>. Como en otros casos, hay que recordar que los térmi-

nos de arrebato y obcecación son únicamente jurídicos.

En cuanto a los trastornos mentales que en una situación determinada pueden conllevar a una eximente completa o incompleta, básicamente se trata de las enfermedades mentales graves como la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante y el trastorno bipolar. En estos casos, en la fase activa de la enfermedad, es conocido que existe una pérdida notable del contacto con la realidad y en ellos muchas veces las conductas realizadas lo son con una merma notable o anulación de las capacidades intelectivas y volitivas, aunque evidentemente deberá individualizarse cada caso en concreto<sup>7, 8, 12, 13, 14, 15</sup>.

Lo mismo ocurre con los Trastornos Exógenos-Confusionales, es decir trastornos mentales orgánicos, como en el cuadro del delirium, que en general cursan con alteraciones psicopatológicas graves que pueden alterar severamente las bases psicobiológicas de la imputabilidad<sup>14, 16</sup>.

Asimismo, las demencias y el retraso mental según sus diferentes grados, son cuadros clínicos que se acompañan de un trastorno cognitivo severo o baja inteligencia, que evidentemente merman de forma notable o anulan sobre todo las capacidades intelectivas del sujeto<sup>12, 13, 14, 16, 17</sup>.

En cuanto a los trastornos de estirpe neurótica, se acepta por la mayoría de los autores que en general el neurótico no es un sujeto cuyas acciones u omisiones tengan mucha relevancia penal. En términos generales, aunque la variedad de trastornos neuróticos va a exigir un análisis individualizado, la imputabilidad del neurótico no va a estar afectada<sup>8, 12, 14</sup>.

En la evaluación forense del trastor-

no de control de los impulsos, como la ludopatía, la piromanía, la cleptomanía o el trastorno explosivo intermitente, en estos casos se valorará su severidad, si existe comorbilidad con otros trastornos y sobre todo su posible relación con la conducta antinormativa enjuiciada<sup>12, 15</sup>.

En cuanto a las parafilias, generalmente la peritación médico-legal es compleja, son trastornos que pueden afectar sobre todo a las facultades volitivas y la peritación tendrá en cuenta también la naturaleza y gravedad del cuadro, su comorbilidad con otros procesos, la reiteración de conductas parafilicas, su ajuste psicosocial y la relación con la conducta antijurídica enjuiciada. En estas periciales, más que en cualquier otra, deberemos estudiar a fondo el caso y valorarlo de forma muy individualizada<sup>8, 12, 16</sup>.

La valoración psiquiátrico-forense de los trastornos de la personalidad es muy delicada y compleja. En primer lugar porque no se consideran verdaderas enfermedades mentales, su alta prevalencia, sobre todo en población forense y penitenciaria, sus diferentes tipos y severidad, y su alta comorbilidad, sobre todo con los trastornos relacionados con sustancias<sup>18</sup>.

En un estudio reciente se ha analizado la jurisprudencia del Tribunal Supremo (95 sentencias) en relación con la valoración de la responsabilidad criminal en sujetos con un trastorno de la personalidad<sup>19</sup>. La mayoría de casos valorados corresponden al clúster B o al trastorno de personalidad no especificado, y en aproximadamente los dos tercios de las sentencias existía un trastorno comórbido del eje I. El Tribunal Supremo admitió el recurso de aproximadamente la mitad de las sentencias, cambiando el criterio de imputabilidad

en la cuarta parte del total de las mismas. El motivo más frecuente de cambio de criterio de imputabilidad resultó ser el trastorno de personalidad comórbido con un trastorno del eje I. La valoración final que hace el Tribunal Supremo de la responsabilidad criminal es en algunos casos una disminución leve, o bien la plena responsabilidad<sup>19</sup>. El trastorno límite de la personalidad puede disminuir la imputabilidad en algunos sujetos, así como los casos de comorbilidad con un trastorno del eje I<sup>19</sup>.

Finalmente se concluye que en la valoración de la imputabilidad de los trastornos de la personalidad tendremos que tener en cuenta el tipo de trastorno de la personalidad, su gravedad, su comorbilidad con trastornos del eje I, su nivel de influencia en las capacidades volitivas, el tipo de conducta antinormativa enjuiciada y las circunstancias específicas del caso<sup>7, 16, 19</sup>.

## **PERICIAL EN PSIQUIATRÍA FORENSE PARA VALORAR SI EXISTEN CIRCUNSTANCIAS QUE PUEDAN MODIFICAR LA RESPONSABILIDAD CRIMINAL**

En la práctica diaria habitualmente se piden periciales psiquiátrico-forenses en la fase de instrucción de los procesos penales para valorar la presencia de algún trastorno mental y su posible incidencia en la imputabilidad. O bien, se aportan informes médicos o psiquiátricos de algún proceso mental en un imputado o acusado y se solicita en base a ello un informe pericial. A veces se solicita la valoración de la necesidad de tratamiento o ingreso psi-

quiátrico, la capacidad procesal del acusado o la evaluación de la peligrosidad criminal<sup>14, 15, 20</sup>.

También es frecuente la intervención en el juicio oral para ratificarse en el informe pericial y someterse a las preguntas de las partes, o bien del Juez o del Tribunal. En la fase de ejecución de sentencia también es habitual que se soliciten informes psiquiátrico-forenses sobre distintos aspectos.

En cuanto a los objetivos de la pericial en el derecho penal, en general deberemos especificar la posible existencia o no de anomalías o trastornos psíquicos, su intensidad y cómo se traducen los trastornos psicopatológicos en la conducta del sujeto. Asimismo deberemos valorar, si existe un trastorno psicopatológico, su actividad en el momento de cometerse la conducta antinormativa y su intensidad. También tendremos que opinar sobre la posible relación de causalidad entre el hecho enjuiciado y la psicopatología del sujeto.

Nos hemos de pronunciar o hacer una hipótesis razonada sobre el estado de las facultades intelectivas y volitivas del sujeto en el momento de los hechos, que como sabemos constituye la base psicobiológica de la imputabilidad.

Tendremos también que exponer la conciencia de enfermedad que tiene el sujeto, la evolución del cuadro clínico, su pronóstico y tratamiento más adecuado.

Finalmente en muchas ocasiones se nos solicitará que nos pronunciamos sobre la peligrosidad del sujeto, es decir, tendremos que realizar una predicción de posibles conductas antinormativas o violentas en el futuro<sup>16, 20</sup>.

En la tabla IV exponemos un resumen de los objetivos del informe psiquiátrico-forense.

TABLA IV  
**Objetivos del Informe Psiquiátrico-Forense**

---

1. ¿Tiene o ha tenido el acusado algún trastorno psicopatológico?
  2. En caso afirmativo ¿cuál: evolución, adherencia y respuesta al tratamiento?
  3. ¿Consumo, abuso o dependencia de alcohol o de sustancias?
  4. ¿Tiene trastornos psicopatológicos agudos y/o crónicos en relación con el abuso de sustancias?
  5. ¿Cómo afecta el trastorno a la conducta del sujeto? ¿Siempre o depende de la situación o situaciones?
  6. Aproximación a su estado en el momento de los hechos enjuiciados.
  7. Relación entre el posible trastorno y la conducta antinormativa.
  8. Pronóstico y tratamiento del trastorno psicopatológico.
  9. Valoración de la Peligrosidad Criminal o predicción de nuevas conductas antinormativas.
  10. ¿Capacidad de entender la acusación? ¿Capacidad de declarar o asistir a juicio oral?
  11. ¿Capacidad de gobierno de su persona y bienes? ¿Capacidad de testar, casarse, votar, habilidades sobre su salud y otros actos civiles?
  12. ¿Secuelas psíquicas? ¿Relación de causalidad?
  13. ¿Algún tipo de incapacidad laboral?
-



---

# INIMPUTABILIDAD Y MEDIDAS PENALES ALTERNATIVAS

---

ARACELI AIGUAVIVA BAULIES

*Magistrada del Juzgado de lo Penal 17 de Barcelona.*

Recepción: 03-03-11 / Aceptación: 17-03-11

## 1. MARCO LEGAL: LA CLASIFICACIÓN PENAL DE LAS ENFERMEDADES MENTALES Y LOS REQUISITOS JURISPRUDENCIALES DE INIMPUTABILIDAD

Parece adecuado que recordemos, antes de entrar en el estudio de este marco legal, dos datos de alcance internacional publicados por la Organización Mundial de la Salud de acuerdo con los criterios diagnósticos de la vigente décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, en el sentido de que en el año 2010 la prevalencia anual del trastorno mental fue aproximadamente de un 20% de la población en los países desarrollados, un 1,5% de los cuales pertenecía a la categoría más grave (esquizofrenias, oligofrenias, trastornos bipolares, etc.). En España esta tasa afecta aproximadamente a medio millón de personas. Nos encontramos, pues, ante una problemática que no cabe minimizar si tenemos en cuenta que el porcentaje de encarcelamiento en nuestro país supera los 147 (91%, varones) por cada 100.000 ciudadanos, uno de los más altos de la Unión Europea.

Para los jueces cuyo cometido es ejercer en la jurisdicción penal constituye una seria dificultad averiguar el alcance de la capacidad cognitiva y volitiva de una persona acusada de haber cometido un delito, clave de la imputabilidad y culpabilidad, pues con gran frecuencia los informes periciales y la documentación médica que se nos proporciona no llega a diagnósticos concluyentes.

Nuestra tarea consiste en discernir no solamente lo que ocurrió a pesar de que no presenciamos los hechos, sino también cuáles fueron los impulsos que incidieron de forma decisiva en el autor de lo acaecido. Si esto ya resulta harto difícil de establecer cuando el afectado no aqueja enfermedad psíquica alguna, ni qué decir tiene cómo aumenta el grado de complejidad en presencia de patología mental. En función de su etiología, diagnóstico y estado carencial concreto

en el momento de cometer los hechos, podemos hallarnos ante personas que podían comprender aquello que iban a hacer y, por tanto, ser suficientemente conscientes de que estaba prohibido por la ley y a pesar de esto decidieron ejecutar la conducta eficiente para obtener el resultado prohibido, o bien —o sea al contrario— individuos que afectados por una determinada enfermedad mental grave eran incapaces de distinguir la ilicitud de su acto. En medio de una y otra hipótesis existe un abanico de posibilidades que van desde la aplicación de una circunstancia atenuante de la conducta hasta una eximente incompleta, factores que tienen una incidencia directa sobre la métrica penológica individualizada a imponer en sentencia, y la consiguiente duración máxima de la medida de seguridad que la puede acompañar (artículos 95 y siguientes del Código Penal).

Durante mucho tiempo, los tribunales de la jurisdicción criminal solo tomábamos en consideración —de acuerdo con los parámetros de la ciencia forense— como circunstancia modificadora de la responsabilidad criminal y en consecuencia determinando nuestro veredicto de culpabilidad las enfermedades de base patológica endógena claramente identificables con lesiones orgánicas. Hoy día aquella concepción erróneamente reductiva de la capacidad civil o penal está superada gracias a que la psiquiatría nos ha ayudado a ampliar el concepto legal de incapacidad mental.

El Código Penal aprobado por la Ley Orgánica 10/1995 recogió —reformando en profundidad el endeble catálogo previsto en el código penal de 1973— en su artículo 20 una serie de supuestos eximentes de la responsabilidad criminal, de acuerdo con los criterios estable-

cidos en el sistema diagnóstico DSM-R, con definición de los tipos de enfermedades que afectan a la salud mental del autor de determinadas conductas antijurídicas que justifican una exención plena de la respuesta penal y la priorización de una respuesta socio-sanitaria.

El parágrafo 20.1 recoge todas las hipótesis enajenantes de quienes en el momento de cometer la infracción no tuvieran capacidad de comprender el alcance ilícito del hecho o sufrieran una alteración psíquica invalidante de su autodeterminación. El trastorno mental transitorio queda excluido cuando el autor lo hubiera provocado intencionalmente o hubiera podido prever (dolo eventual) las consecuencias del mismo. Las oligofrenias y las esquizofrenias paranoideas son las enfermedades mentales que más frecuentemente justifican la exención absoluta de responsabilidad criminal, mientras que los trastornos bipolares, las psicosis, las neurosis y las psicopatías se admiten únicamente como eximentes incompletas y/o como simples atenuantes, o incluso se rechazan por falta de conexión causal con el delito cometido. Esta relación causa-efecto deviene determinante en muchos de los actos, y lamentablemente pocas defensas letradas de los acusados enfocan la estrategia y aportación de pruebas en esta dirección.

El párrafo 20.2. del Código Penal admite en este ámbito todos los casos de intoxicación plena por consumo abusivo de sustancias como alcohol, estupefacientes y otras drogas siempre que hubiesen anulado la capacidad de discernimiento y control. Se acepta que la politoxicomanía provoca una progresiva desestructuración psicosocial del consumidor abusivo, y puede llegar a anular o reducir sustancialmente la ca-

pacidad volitiva, generando una afectación y proclividad a cometer delitos relacionados con la obtención de recursos económicos destinados a adquirir nuevas dosis.

Finalmente, el apartado 20.3 del Código Penal incluye también las alteraciones de la percepción de la realidad desde el nacimiento o la infancia. Cada vez son menos frecuentes estos supuestos gracias a la notable mejora en la educación especial que en las últimas décadas se proporciona a este colectivo. En cualquier caso, si una persona de este ámbito comete un delito, cabe recordar que el artículo 96.1-3 solo permite que el internamiento se produzca en un centro educativo especializado y no en centros psiquiátricos y menos todavía en centro penitenciario.

Ejemplos paradigmáticos de esta graduación interpretativa, de más a menos imputabilidad que sirvan de precedentes a los tribunales de la jurisdicción ordinaria son las sentencias del Tribunal Supremo 332/1997 de 17 de marzo, 296/1999 de 24 de febrero, 437/2001 de 22 de marzo, 642/2002 de 17 de abril, 305/2003 de 5 de marzo, 439/2004 de 25 de marzo, 408/2006 de 16 de noviembre y 1082/2007 de 9 de octubre.

Para determinar el grado concreto de inimputabilidad y en consecuencia qué medida de seguridad sustitutiva de la pena privativa de libertad hay que adoptar en cada caso concreto de acuerdo con los parámetros que recoge el artículo 96 y siguientes del Código Penal (Ley orgánica 15/2003 de 25 de noviembre), las pruebas periciales forenses —a instancia del Ministerio Fiscal— y médicas a propuesta de la defensa del acusado son de una enorme trascendencia. Es allí donde los expertos ilustran al juez sobre qué grado de alteración cognitiva y/o voliti-

va sufre la persona que reúne al mismo tiempo la condición de imputado y de paciente. Las tablas de diagnóstico valorativo aprobadas por la OMS y clasificadas en la CIE-10 y en el DSM-IV-R nos resultan de gran utilidad a todos.

Son múltiples las sentencias del Tribunal Supremo que recogen en los últimos veinte años una consolidada jurisprudencia indicativa de que, en estos casos, la Justicia debe velar preferentemente por la protección del enfermo haciendo compatible este interés básico con la tutela judicial de la víctima del delito. Desgraciadamente, a veces ocurre que esta víctima es alguien del propio entorno familiar del enfermo, como frecuentemente es el caso en delitos de hurto o robo dentro del propio hogar o con las agresiones físicas intrafamiliares, por no hablar de los casos de violencia de género.

Y esto provoca en el operador jurídico tres problemas básicos: en primer lugar, determinar si nuestra decisión ha de atender prioritariamente en cada caso concreto las necesidades terapéuticas de tratamiento de la persona afectada por aquella enfermedad mental, o al contrario, hemos de tener en cuenta la finalidad preventiva especial y a la vez retributiva de la pena o medida de seguridad para así velar de forma preferente por la seguridad y protección de la víctima del delito y resto de ciudadanos, potenciales destinatarios de la repetición de sus actos antijurídicos compulsivos.

En segundo lugar, valorar si este riesgo de autoagresividad o bien de peligrosidad hacia terceros exige como única alternativa de prevención viable y eficaz el internamiento del culpable en una institución de régimen cerrado, de acuerdo con lo que recoge el artículo 101 del Código Penal, o bien permite adoptar

medidas de seguridad en régimen ambulatorio de acuerdo con el artículo 105 del Código Penal.

Por último, hay que resolver con objetividad y de acuerdo con criterios de equivalencia la duración de la medida de seguridad posdelictual en comparación con la pena privativa de libertad que habría que haberse impuesto en ca-

so de sentencia condenatoria para aquellos mismos hechos, en caso de que el autor hubiese sido declarado culpable y plenamente imputable.

Decidir cada caso con estricto respeto a los principios de legalidad, proporcionalidad e igualdad ante la ley nos obliga a tener en cuenta los siguientes criterios a la hora de redactar la sentencia.

## **2. CRITERIOS CONSTITUCIONALES DE PROTECCIÓN DEL ENFERMO CUANDO SE HALLA IMPLICADO EN UN DELITO: PENAS Y MEDIDAS DE SEGURIDAD. ¿UN RÉGIMEN COMPLEMENTARIO O ALTERNATIVO?**

La ley general de Sanidad de 25 de abril de 1986 no hace distinciones en este punto, y apuesta de forma decidida por la limitación y desaparición progresiva de los establecimientos psiquiátricos específicos reservados hoy día a enfermos agudos, a la vez que parte de un criterio de temporalidad en el régimen de internamiento del paciente, con el objetivo de estabilizar su enfermedad cuando esta desgraciadamente no tiene curación previsible a corto plazo. Su retorno a la comunidad y al ámbito familiar es el objetivo preferente a medio plazo.

Se configura así un paciente que a pesar de estar implicado en un proceso penal goza de los mismos derechos fundamentales del resto de ciudadanos, si bien al mismo tiempo tiene que asumir también determinados deberes de comportamiento y convivencia cívica, lógicamente limitados por la exteriorización de su enfermedad. La salud mental pasa a ser, pues, un derecho fundamental reconocido en los artículos 43 y 49 de la Constitución, que consecuentemente ordena a los poderes públicos la puesta

en marcha de todos los mecanismos y recursos adecuados a fin de garantizar una especial protección de los discapacitados físicos, psíquicos y sensoriales. Esta tarea ha de coadyuvar a hacer menos gravosa la carga que frecuentemente han de soportar los familiares más directos del enfermo, y precisamente por eso, dentro del ámbito de Catalunya, se introdujeron importantes mejoras a la ley 13/1983 de 24 de octubre que regulaba la institución de la tutela y del proceso civil de incapacitación.

En este contexto tutelador del propio paciente pero también de la sociedad en conjunto y del entorno familiar concreto del enfermo mental, el Tribunal Constitucional nos ha dejado una serie de recomendaciones que sirven para aplicar el derecho penal y el derecho civil de forma proporcionada a los intereses que en cada caso hay que proteger, todos ellos legítimos.

El primero es el criterio de peligrosidad. Este es un terreno especialmente complejo, pues no siempre la terminología jurídica coincide con la nomenclatura psiquiátrica. Se puede ser potencial-

mente peligroso para sí mismo (riesgo de autolisis) y para los demás (riesgo de agresión) pero al mismo tiempo no requerirse otra medida de contención que un tratamiento psicológico o farmacológico. De acuerdo con la Memoria de la Fiscalía General del Estado del año 2008, el número de reclusos internados en centros psiquiátricos penitenciarios no llega al 1,3% del total (69.000), a pesar de que un 7% sufren problemas de salud mental asociados. Además, los estudios estadísticos de pronóstico de peligrosidad y reincidencia en conductas lesivas de estas personas demuestran que el índice comparativo no es más elevado que el equivalente con el resto de población. Más bien al contrario.

Y a pesar de esto, es mayoritaria la sensación en la opinión pública según la cual los enfermos mentales que se han visto implicados alguna vez en un acto violento son (genéricamente) peligrosos. En especial si el caso ha tenido eco en los medios de comunicación. La consecuencia natural de esta valoración superficial (percepción subjetiva de inseguridad que reflejan las encuestas del CIS) errónea es clara: «hay que aislarlos» como medida de protección, y no importa demasiado dónde. Hemos de preguntarnos, sin embargo: ¿protección de quién y en dónde?

El Tribunal Constitucional, en la sentencia 112/1988, ya matizó que los jueces no hemos de determinar el grado de coerción de las medidas de seguridad en función de hipótesis más o menos estereotipadas pero faltas de apoyo científico. Alarma social y pronóstico de peligrosidad deberían ser, pues, conceptos poco válidos para nosotros. Pero la realidad del día a día demuestra que esto no es así y que los jueces también somos permeables a la presión social,

en especial si como he dicho más arriba el caso ha tenido amplio eco en los medios de comunicación. Llegados a este punto me permito recomendarles la lectura del trabajo publicado en 2009 por el equipo de Derecho Penal de la Universitat Autònoma de Barcelona, bajo la dirección de la catedrática Mercedes García Arán, titulado «Malas Noticias».

El segundo es el criterio de necesidad. La persona que entra en contacto con el mundo jurídico como imputado y que al mismo tiempo es paciente de un servicio de salud mental debe ser tratada como ciudadano de pleno derecho y por tanto toda sanción o medida —tanto cautelar como definitiva— que sobre ella se adopte debe estar motivada teniendo en cuenta que se trata de un ciudadano parcial o totalmente inimputable, por lo que deberá priorizarse lo terapéutico por encima del aspecto retributivo de aquello que haya hecho, sea cual sea la gravedad de su conducta.

El alcance de la medida —de entre las previstas en los artículos 101 a 105 del Código Penal— dependerá en consecuencia de criterios médicos más que de reglas jurídicas, cosa que no exonera al tribunal de garantizar también la protección de la o las víctimas. Es en este contexto que debe adoptarse la decisión de un internamiento en centro de salud mental o la de sumisión forzosa a tratamiento controlado. Este control jurisdiccional es doble, ya que por un lado el SEMPA adscrito al *Departament de Justícia* informará mensualmente al juez de la evolución del programa terapéutico, y por otro la Dirección médica del centro sanitario podrá proponer cambios en el régimen cerrado o abierto que se siga en función de los avances clínicos que se hayan obtenido.

El último criterio es la proporcionali-

dad. La medida de internamiento psiquiátrico nunca ha de ser de duración indefinida, ya que a pesar de que la enfermedad mental de la persona afectada por el proceso pueda ser de tipo permanente e irreversible, la constricción en régimen cerrado ha de ser siempre limitada temporalmente a las fases agudas o de crisis comicial. Así lo ordena la jurisprudencia del TEDH en sus sentencias de 24.10.1979 y 23.2.1984, doctrina que ha sido recogida por las sentencias del Tribunal Supremo, más recientes: de 25.6.2000 y 22.1.2001. Es decir, en los supuestos de internamiento de enfermos mentales autores de una infracción penal grave, el límite temporal de la medida viene determinado por las necesidades terapéuticas del paciente y por la duración de la pena privativa de libertad que se le habría impuesto en caso de ser una persona plenamente responsable.

Como ya hemos avanzado más arriba, no siempre la lógica jurídica y los criterios sanitarios son coincidentes por mucho que los operadores legales gozemos en el transcurso de la tramitación procesal de la colaboración de los médicos forenses a fin de esclarecer los cuatro parámetros básicos que inciden en la determinación de la imputabilidad penal:

- El diagnóstico clínico de la anomalía psíquica concurrente y su naturaleza permanente o intermitente (fases agudas).
- La relación (nexo causal) entre la patología y el tipo de delito cometido.
- El grado de afectación concreta sobre la capacidad cognitiva y volitiva del autor.
- El pronóstico de peligrosidad futura y riesgo de reiteración delictiva, en especial cuando se trata de ilícitos contra la vida, la integridad física o la libertad sexual.

Lamentablemente, los dictámenes forenses no acostumbran a incluir propuesta alguna en relación a cuáles serían las medidas de seguridad más idóneas en cada caso concreto, tanto durante la fase de instrucción (cautelares y provisionales) como en ejecución de sentencia (alternativa a la pena). Y muchas veces las que se acaban adoptando no tienen en cuenta de entrada si la Administración dispone de recursos específicos para poder hacerlas efectivas. Lo que resulta de todo esto es que el juez —a instancia del Ministerio Fiscal— acaba decidiendo que sean las autoridades penitenciarias las que resuelvan el problema de dónde tiene que cumplir el reo la medida de seguridad.

### **3. ESTADÍSTICAS PENITENCIARIAS EN RELACIÓN A INTERNOS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL, DROGODEPENDIENTES Y CON TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD ASOCIADOS**

Es público y notorio que en Catalunya hemos alcanzado —desgraciadamente— el hito histórico de rebasar por primera vez la cifra de 10.000 reclusos,

repartidos en las 11 prisiones existentes en el territorio. Los últimos datos estadísticos sitúan una tasa de prevalencia entre el 5 y el 8 % de enfermedades

mentales graves diagnosticadas entre los internos. Es evidente que si añadimos los penados y preventivos que aquejan alguna interacción con consumo de drogas o patología dual como causa determinante del delito, la tasa sube hasta casi el 77 %, un 19 % de los cuales sufren además infección por virus de la inmunodeficiencia humana. La gran mayoría se encuadran en los capítulos de delitos contra la propiedad (hurtos, robos con fuerza, robos con violencia o intimidación) o en delitos contra la salud pública. Los delitos violentos relacionados con enfermedades mentales no superan el 4 %.

Ya hemos dicho antes que en España las cifras son similares, ya que en julio de 2009 se llegó a los 69.000 reclusos y la cifra de internos con problemas de salud mental grave se hallaba en torno al 4,5 %. Si a ello se añade la toxicomanía asociada, se acercaba al 67 %. Estas cifras no son muy distintas de las que ofrece el sistema penitenciario comparado de la Unión Europea, cuya última estadística publicada (2007) muestra un 3,7 % de internos que presentaban diagnósticos con patologías psicóticas graves, y un 47 % con trastornos antisociales de la personalidad.

Es especialmente relevante la patología dual que muchos de ellos presentan, con diagnósticos colaterales de trastornos bipolares, con componentes delirantes, depresivos, psicosis, esquizofrenias, etc. A pesar de estos datos, las unidades extrapenitenciarias para tratamiento de estos pacientes son casi inexistentes en el panorama jurídico español, pese a que tanto la ley general

penitenciaria 1/1979 como el real decreto ley 190/1996 que las desarrollan dediquen diversas normas a la idoneidad de este sistema de cumplimiento de condenas o medidas de seguridad, adecuadamente separados del resto de población penitenciaria. Hay que tener en cuenta que no siempre podrá el juez autorizado que la medida de seguridad protectora y terapéutica se lleve a cabo en régimen de semilibertad, de acuerdo con lo que prevén los artículos 96.3-11 y 105 del Código Penal, especialmente cuando la conducta ilícita ejecutada sea muy grave (homicidio, asesinato, agresión sexual, lesiones con arma...) y por lo tanto es imprescindible que los recursos institucionales alternativos al sistema penitenciario puedan acoger la demanda de plazas en régimen cerrado.

Evidentemente, estos recursos han de estar disponibles tanto si se les asigna al enfermo mental con carácter cautelar motivado por una resolución judicial que ha acordado el sobreseimiento libre o provisional de la causa en base a aquello que autoricen los artículos 637-3, 641 y 505 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, como si se trata de una medida de seguridad posdelictual adoptada en sentencia de acuerdo con los artículos 60 o 101 del Código Penal (LO 15/2003 de 25 de noviembre).

Y esto nos lleva a plantear una de las preguntas que adelantábamos en la introducción. ¿Hay que cambiar el marco normativo procesal para así hacer factibles las garantías jurídicas con la celeridad cuando de adoptar una medida de seguridad se trata?

#### 4. CUESTIONES PROCESALES: FASE DE INSTRUCCIÓN, ENJUICIAMIENTO Y EJECUCIÓN DE SENTENCIA. GARANTÍAS Y EFICACIA. LEY Y/O SALUD

Presupuesto legal imprescindible para la aplicación de cualesquiera de las medidas de seguridad previstas en el Código Penal es la declaración judicial previa de inimputabilidad del sujeto activo del delito, razón por la que resulta conveniente analizar si la decisión se puede adoptar en cualquier fase del procedimiento o solo se puede hacer en sentencia. Tradicionalmente se venía considerando que la medida de seguridad requiere siempre una declaración de culpabilidad, es decir, una resolución judicial firme que considera probada la perpetración del delito, la relación a título de autor o cooperador necesario del acusado, y la exención de responsabilidad criminal simultánea como consecuencia de la enfermedad mental concurrente. Y obviamente parece a priori que esta resolución solo se puede dictar una vez celebrado el juicio oral y dictada sentencia no susceptible de recurso.

Sin embargo son cada vez más las voces autorizadas en el mundo jurídico que proponen una lectura menos formalista de la ley de enjuiciamiento criminal y apuestan por dar prioridad a la finalidad instrumental del proceso, cosa que permitiría adoptar la medida de seguridad sin necesidad del plenario. Ni que decir tiene que se trata de ganar en celeridad sin menoscabo de las garantías. En este caso no haría falta una sentencia firme sino una simple interlocutoria precedida de un debate contradictorio en el que Acusación (pública y particular) y Defensa pudieran plantear sus respectivas tesis y practicar las pruebas —sobre todo de tipo pericial— que consideraran adecuadas.

De hecho, se dice —con lógica irrefutable— que si la persona imputada de cometer un delito sufre una enfermedad mental grave que le impida conocer el alcance antijurídico de su conducta, muy probablemente también le resultará imposible entender qué significa ser sometido a juicio penal e incluso contestar con un mínimo de coherencia las preguntas que le hagan el Ministerio Fiscal o su Defensa letrada. Mi experiencia profesional me ha llevado, en ocasiones, a presenciar interrogatorios absurdos y sin resultado tangible alguno, ya que el acusado se mostraba incapaz de comprender qué hacía él en la Sala de Vistas en medio de unas personas vestidas con toga negra utilizando un lenguaje críptico.

En este punto y antes de formular propuestas alternativas deberían resultar claros una serie de parámetros legales:

- **Procedimientos penales por infracciones menores:** faltas y delitos que no tienen prevista pena de prisión. A pesar de que la peligrosidad clínica del individuo sea elevada, si solo ha cometido un hecho que la ley sanciona con penas no privativas de libertad (cuota/multa, trabajos en beneficio de la comunidad, privación de derechos, inhabilitación, etc.) deviene imposible imponer una medida de seguridad posdelictual en régimen cerrado, pues lo prohíbe el artículo 95.2 del Código. En estos casos, la medida siempre habrá de ser en régimen ambulatorio y de acuerdo con los criterios que recoge el artículo 96.3 del Código Penal.

- **Procedimientos penales por delitos menos graves (abreviado de la Ley 38/2002 de 24 de octubre) o graves (sumario):** con carácter general, sea cual sea el resultado de la pericial forense psiquiátrica ordenada por el juez instructor, el procedimiento deberá continuar hasta que llegue el trámite de conclusiones provisionales previsto en el artículo 780 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal (abreviado) o 650 Ley de Enjuiciamiento Criminal (sumario), a pesar de que el artículo 637.3 de la misma ley recoge la posibilidad de decretar el sobreseimiento libre cuando el estado de enajenación mental sea irreversible y conste fehacientemente acreditado que ya existía antes de cometer el delito. Similar prevención contiene el artículo 383 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal cuando matiza que si la demencia sobreviniese una vez

cometido el delito y antes de la Ley de Enjuiciamiento Criminal finalizar la tramitación de las diligencias previas, el juez de instrucción ordenará el archivo provisional de la causa hasta que el imputado recupere la salud mental o se produzca la prescripción.

Llegados a ese punto, en aras de garantizar que el afectado no quede en una situación de desamparo en relación al tratamiento necesario para alcanzar la estabilización de su enfermedad y a la vez garantizar que la respuesta penal cumpla los principios de prevención, legalidad y reinserción social que recogen los artículos 25.2 de la Carta Magna y el artículo 3 del Código Penal, sin que el autor inimputable acabe entrando en el circuito penitenciario, se podrían plantear las siguientes hipótesis.

## 5. FASE DE INSTRUCCIÓN, FASE DE ENJUICIAMIENTO Y FASE EJECUTORIA

### 5.1. Fase de instrucción: enfermedad mental preexistente acreditada antes de dictarse la interlocutoria de obertura del juicio oral

Cuando alguien pasa a disposición judicial en calidad de detenido y el juez instructor de guardia comprueba que sufre alguna discapacidad cognitiva, de acuerdo con lo que recogen los artículos 456 y 520 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, ha de ordenar que sea visitado por el médico forense, sin perjuicio de requerir al abogado defensor que —a través de la familia del detenido— presente de forma urgente (dentro de las

72 horas posteriores al momento de la detención) la documentación clínica de que disponga, al efecto de valorar el alcance de la enfermedad mental.

Si los hechos imputados revisten la gravedad suficiente para justificar la adopción de alguna medida cautelar privativa de libertad, los artículos 504 y 508 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal reformada por la ley orgánica 13/2003 de 24 de octubre permiten que se lleve a cabo bien en régimen cerrado, bien en régimen domiciliario, con adopción en este último caso de medidas complementarias de vigilancia policial, en función del tipo de enfermedad. E incluso en el primer supuesto también

puede elegir la clase de centro de internamiento: el pabellón psiquiátrico del centro penitenciario o un establecimiento específico para enfermos psíquicos. La praxis judicial más frecuente es que el afectado acabe en la unidad de enfermería de la prisión, en calidad de preso preventivo, dado que los criterios de seguridad acostumbran a prevalecer por encima de los sanitarios.

Ni que decir tiene que la mayor o menor duración de las diligencias previas incide lógicamente en el tipo de tratamiento que recibe el interno, pero en cualquier caso se dirige básicamente a estabilizar su enfermedad.

Una vez finalizada la instrucción y dictada la interlocutoria de conversión a procedimiento abreviado (artículo 779.1-4 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal) o el auto de procesamiento con conclusión del sumario (artículos 384 y 622 de dicha ley) corresponde al Ministerio Fiscal decidir si —dada la enfermedad mental del imputado— procede formalizar escrito de conclusiones provisionales en clave absolutoria por concurrir una circunstancia eximente de la responsabilidad criminal (artículo 20.1-2-3 del Código Penal), o bien escrito de acusación al apreciar solo un eximente incompleto de la culpabilidad (artículo 21.1). Cuando esta primera hipótesis de exención plena por enajenación mental preexistente o coetánea en el momento de cometer el delito se considere suficientemente acreditada en las actuaciones, a la luz de los informes médicos y periciales aportados, se puede plantear el debate sobre si hay que convocar el juicio oral o se puede resolver el caso sin celebrar el plenario.

Una interpretación analógica extensiva de la facultad de sobreseimiento que el artículo 637.3 de la Ley de Enjuicia-

miento Criminal otorga al juez instructor parece avalar que el juez o tribunal sentenciador competente (el magistrado del Juzgado de lo Penal o la Sala de lo Penal de la Audiencia provincial) pueda resolver la cuestión de la inimputabilidad —y por tanto la adopción de medidas de seguridad alternativas a la pena— sin necesidad de celebrar el plenario. Hay que decir que esta interpretación no ha gozado del visto bueno de la jurisprudencia emitida por el Tribunal Supremo, ya que el artículo 3.1 del Código dispone literalmente (sic) que «no podrá ejecutarse ninguna pena ni medida de seguridad sino en virtud de sentencia firme». Y no hace falta recordar que las sentencias solo se pueden dictar después de celebrado el juicio oral.

Comparto solo parcialmente esta limitación doctrinal, dado que si bien es cierto que la imposición de una medida de seguridad tiene siempre una naturaleza restrictiva del derecho fundamental a la libertad, no es menos cierto que otras medidas de tipo personal como la prisión preventiva también tienen idéntica connotación, y a nadie se le ocurre cuestionar seriamente que —previa audiencia de las partes— se puedan adoptar por medio de interlocutoria motivada. La cuestión relevante es más de contenido que de forma y momento. Lo que realmente importa es respetar los principios constitucionales de tutela judicial efectiva, presunción de inocencia, inmediación y contradicción, básicos en el derecho procesal penal, y no si la resolución que decreta la medida de seguridad reviste la forma de sentencia o de interlocutoria. En el fondo del debate se halla otra disputa: si a los hechos por los que el autor del delito es total o parcialmente inimputable hay que aplicarles prioritariamente criterios sanitarios

(que aconsejan no dilatar la adopción de las medidas terapéuticas) o estos se hallan subordinados a la lógica jurídica y al procedimiento.

Permítanme recordar que el artículo 94 del anteproyecto del Código Penal del año 1995 recogía textualmente: «en todo caso, el tribunal puede decretar la medida de seguridad PD cuando el proceso no pueda continuar por haberse ordenado el sobreseimiento libre por causa de exención plena de la responsabilidad criminal». Este redactado finalmente no vio la luz porque fue modificado en sede parlamentaria por el actual artículo 95 de la ley orgánica 10/1995, el cual recoge (sic) que «las medidas de seguridad se aplicarán por el juez o el tribunal, previos los informes que consideren idóneos, a las personas que se encuentren en alguno de los supuestos previstos en el capítulo siguiente, siempre que concurren estas circunstancias:

- a) Que el individuo haya cometido un delito.
- b) Que del hecho y de la personalidad del sujeto se deduzca un pronóstico de comportamiento futuro que presuma la probabilidad de reiteración delictiva».

Y como ya hemos mencionado más arriba, la jurisprudencia se inclina por matizar que la declaración judicial de existencia y autoría del delito exige previamente un relato de Hecho Probados que solo puede ser redactado en sentencia, previa celebración del juicio oral.

Nos hallamos frente a una cuestión que permite interpretaciones jurídicas diferentes, y por tanto reitero que a mi entender no hay motivos de legalidad

tajantes que impidan declarar la inimputabilidad sin celebración de juicio oral, siempre y cuando alguna de las partes comparecientes en el proceso así lo postule en interés del enfermo mental, y a la vez se celebre una audiencia preliminar bajo las garantías de oralidad, inmediación, contradicción de acusación y defensa, que finalice con el dictado de una resolución interlocutoria motivada. Hay que ir dejando a un lado las inercias burocráticas que demasiado frecuentemente retrasan de forma innecesaria la tramitación del proceso penal, y pensar cada vez más en aquello que realmente necesita el acusado que aqueja una enfermedad mental grave.

## **5.2. Fase de enjuiciamiento: enfermedad mental acreditada en el juicio oral y declarada en sentencia**

No hace falta decir que una vez llegados a esta fase del procedimiento, la vista oral se celebra en unas condiciones subjetivas y procesales asaz particulares, dado que la enfermedad mental puede afectar de lleno la capacidad de comprensión, confesión y respuesta del acusado. Y también incide en la posibilidad legal de aceptar una conformidad con los hechos, pena o medida de seguridad de acuerdo con los requisitos recogidos por el artículo 787 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

El apartado 4.º de esta norma prevé que el o la secretario/a judicial informe al acusado/a de las consecuencias que para él/ella tendrá un acuerdo previo sobre penas y/o medidas de seguridad entre Acusación y Defensa, a efectos de que pueda manifestar libremente si lo acepta o no. Si estamos ante una per-

sona que aqueja una enfermedad mental grave, difícilmente este consentimiento será racional. A su vez, el párrafo 5.º matiza que «no vinculan al juez las conformidades sobre la adopción de medidas protectoras en los asuntos de limitación de la responsabilidad criminal». Es decir, siempre se deja en manos del tribunal el juicio final valorativo sobre la inimputabilidad, sea plena o parcial.

Personalmente no veo ningún inconveniente legal al hecho que tanto en el procedimiento abreviado como en el sumario el tribunal pueda aceptar la conformidad pactada entre acusación y defensa si ambas partes coinciden en solicitar que se dicte sentencia absolutoria, que declare unos Hechos Probados constitutivos de delito y la autoría del acusado, pero a la vez, que concurre la causa eximente del artículo 20.1 del Código Penal y que procede adoptar una medida de seguridad. La concreción de esta medida puede dejarse para la fase incidental de ejecución de sentencia, cuando los dictámenes médicos y forenses incorporados al procedimiento sean insuficientes para determinar con precisión cuál es el tipo de tratamiento psiquiátrico o psicológico que deba seguirse, así como el mejor régimen (cerrado o ambulatorio) de seguimiento.

La sentencia ha de fijar inexcusablemente las Bases sobre las que más tarde se redactará el auto de individualización de la medida, en especial en aquello que hace referencia a su duración máxima. Desde luego, y como analizaremos más adelante al tratar la fase de ejecución, corresponderá al *Servei de Mesures Penals Alternatives del Departament de Justícia* desarrollar las propuestas, controles y coordinación con el centro sanitario que permitan llevar

a cabo sin incidencias la decisión judicial.

Cuando acusación y defensa discrepen sobre el alcance del grado de imputabilidad que afecta al acusado, hay que recordar que si las pruebas documentales y periciales practicadas en el juicio oral nos llevan a declarar fehacientemente acreditada la enfermedad mental eximente de la responsabilidad criminal, la sentencia habrá de recoger en su Fundamento de Derecho III la relación causal entre la conducta antijurídica ejecutada y la patología enajenante, dado que se halla suficientemente consolidada la jurisprudencia del Tribunal Supremo indicativa de que determinadas psicopatías pueden ser muy incapacitantes en relación a determinado tipo de delito pero muy poco o incluso nada en relación con otros comportamientos ilícitos. Precisamente esta concreción es la que permitirá después elegir cuál es la medida de seguridad más idónea en cada caso, dentro del amplio abanico que recogen los artículos 95 a 107 del Código Penal.

También debe decirse que el tribunal penal que declare la inimputabilidad goza de competencia para decidir si procede remitir Testimonio de Particulares a la Fiscalía a efectos de que de acuerdo con lo que permiten los artículos 203 y siguientes del Código Civil, se inicie un expediente de jurisdicción voluntaria en sede civil donde se resuelva la incapacitación jurídica del afectado. Se trata de una medida adicional de tipo tutelar que casi nunca se hace, olvidando que la tutela judicial efectiva es un deber integral. Fiscales y Jueces hemos de asumir nuestra responsabilidad y velar por no dejar en un «limbo legal» a estos infractores una vez hayan terminado de cumplir la medida de seguridad.

### 5.3. Fase ejecutoria: enfermedad mental objetivada con posterioridad a dictarse sentencia

Los artículos 991 a 994 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal recogen un incidente que procede adaptar a las actuales competencias otorgadas por el artículo 76.2 a) de la Ley Orgánica GP 1/1979 de 26 de diciembre al Juez de vigilancia penitenciaria. Y además, desde la promulgación de la Ley Orgánica del Poder Judicial 19/2003 de 28 de diciembre, hay que tener en cuenta que se ha producido una modificación sustancial en la distribución de competencia funcional entre el tribunal sentenciador y la mencionada jurisdicción especializada, reforma que afecta directamente al ámbito de aplicación del artículo 60 del Código Penal.

Esta norma recoge la hipótesis de enfermedad mental sobrevenida, es decir, cuando un penado permanece cumpliendo condena en un centro penitenciario y —por causas endógenas o exógenas— sufre un progresivo trastorno mental que acaba anulando su capacidad cognitiva de entender el sentido de la pena. La ley ordena que en estos casos se suspenda la ejecución y se garantice que el reo reciba la asistencia médica idónea, a la vez que autoriza al juez de vigilancia penitenciaria para que adopte las medidas de seguridad privativas de libertad que considere oportunas, con el límite temporal de la pena pendiente de extinguir. No se contempla la posibilidad de sustituir la pena por una medida en régimen abierto, a pesar de que el criterio de progresividad que recoge el artículo 97 del Código Penal permitiría finalmente llegar al tratamiento ambulatorio si la evolución de la enfermedad mental así

lo aconsejara, previo incidente contradictorio y a propuesta del juez de vigilancia penitenciaria.

Lo cierto es que ni el Código Penal ni el real decreto ley 190/1996 de 9 de febrero esclarecen dónde se ha de cumplir esta medida de seguridad en régimen cerrado, cosa que abre un interrogante sobre si es obligatorio o potestativo el traslado del interno a un centro psiquiátrico externo, o bien si ha de continuar en la unidad de psiquiatría del mismo centro penitenciario.

La respuesta nos la da la sentencia del Tribunal Supremo 1176/2003 de 12 de septiembre, en clave interpretativa hermenéutica cuando —tras insistir sobre los límites temporales máximos— matiza que el cumplimiento de las medidas de seguridad privativas de libertad que contiene el artículo 96.2 de la ley orgánica 15/2003 se ha de llevar a cabo en función de criterios médicos y no de seguridad. Recordemos que la mencionada norma incluye:

- Internamiento en centro psiquiátrico.
- Internamiento en centro de deshabitación.
- Internamiento en centro educativo especial.

No debería albergarse duda alguna, pues, sobre que en el incidente de ejecución incoado a propuesta del juez de vigilancia penitenciaria deberá practicarse una prueba pericial (artículo 994 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal) con el objetivo de diagnosticar no tan solo el alcance de la enfermedad (tipo, gravedad y naturaleza irreversible o no) sino también en qué centro psiquiátrico podrá recibir el mejor tratamiento.

Sorprende, finalmente, que la ley contemple una hipótesis poco probable, co-

mo es que el enfermo sometido a medida recupere plenamente la salud mental. Precisamente el carácter duradero y frecuentemente irreversible de estas enfermedades es una de las notas características que justifican la suspensión indefinida del cumplimiento de la condena. Lo que ocurre es que el legislador ha querido abrir tres opciones alternativas si el reo evoluciona de manera tan favorable que pueda llegar a captar el sentido de la pena de prisión que se le impuso en sentencia:

- a) El tribunal sentenciador puede ordenar el reingreso en centro penitenciario descontando el período suspensivo y practicando una nueva liquidación de condena.
- b) También puede reducir discrecionalmente la fecha de licencia definitiva.
- c) Finalmente puede declarar la extinción de la responsabilidad criminal

por razones de equidad y/o oportunidad, con lo que se produce la finalización simultánea de la medida de seguridad y la pena.

Este amplio margen de discrecionalidad reglada es ciertamente insólita en la normativa penal, presidida habitualmente por un principio de legalidad muy rígido, y sorprende que la confianza que comporta del legislador hacia la Autoridad judicial no se vea reflejada en muchos otros ámbitos. El de las medidas de seguridad es justamente uno de los que necesita más flexibilidad, lejos de requisitos formalistas que impiden al juez adoptar con la celeridad debida los cambios que los expertos sanitarios propongan. Confíemos en que la lógica jurídica y la que rige el mundo de la sanidad mental acaben coincidiendo en un tiempo no muy lejano. Estas Jornadas ayudarán, sin duda, a avanzar hacia este objetivo compartido.

---

# MEDIDAS PENALES ALTERNATIVAS Y EJECUCIÓN PENAL

---

JOSEP ANTONI RODRÍGUEZ SÁEZ

*Magistrado del Juzgado de lo Penal 21 de Barcelona.*

Recepción: 03-03-11 / Aceptación: 17-03-11

Estamos en la encrucijada de dos caminos que provienen de orígenes diversos: el ámbito de la salud mental por un lado, y el de la reacción penal por el otro. Son dos mundos que se cruzan y que si llegaran a entenderse podrían converger. Son, además, dos mundos muy amplios que superan con creces, en su contenido referencial, aquello que supone el espacio de coincidencia, lo cual dificulta ese entendimiento.

## 1. ¿QUÉ SON LAS MEDIDAS LEGALES ALTERNATIVAS?

Esta expresión fue consensuada con el objeto de hacer referencia a todas las herramientas jurídico-penales pensadas y dirigidas, tendencialmente, a superar el monopolio ideológico de la prisión como respuesta penológica. Por esta razón se eligió el término «alternativas», a pesar de que conlleva la indeseada connotación de ser externas al sistema. Todavía en la actualidad, en el siglo XXI, después de que muchas medidas penales alternativas han pasado a formar

parte del cuerpo normativo aplicable, está muy extendida la idea de que son, en realidad, beneficios y «graciables», es decir, la idea de que si no hay prisión no hay verdadera reacción penal (idea de impunidad).

Para alejar las medidas penales alternativas del voluntarismo (humanitarismo penal) y de la improvisación es muy importante, pues, establecer de entrada la relación que tienen en primer lugar con las normas penales (legitimidad formal) y en segundo lugar con un modelo punitivo, el modelo rehabilitador, que es el producto de un claro proceso histórico de racionalización del derecho penal (legitimidad de fondo).

### 1.1. Legitimación formal

- a) La orientación constitucional de las penas privativas de libertad. La (re) integración social. El artículo 25.2 de la Constitución Española y el principio democrático de participación. La opción ideológica de un Estado que siempre da una oportunidad para integrarse y participar en el cuerpo social.

b) Las decisiones judiciales sobre la aplicación de las normas que regulan el contenido de las penas y las medidas de seguridad y de las llamadas alternativas tienen que contener un **grado ampliado de motivación**, tanto a nivel abstracto (ausencia de arbitrariedad, irracionalidad, etc.) como concreto: principio de proporcionalidad (idoneidad, necesidad y proporcionalidad en sentido estricto) y, sobre todo, la motivación derivada del «juicio de peligrosidad» individualizado que, en general, de forma expresa o tácita, se exige al Juez en relación a la afectación del derecho fundamental a la libertad (artículo 17 de la Constitución Española).

## 1.2. Legitimación de fondo

La opción por el **modelo rehabilitador**: las respuestas penales, es decir, las respuestas a la infracción penal, tienen unas finalidades que racionalizan, legitiman y justifican su existencia y su uso. El modelo rehabilitador opta, entre dichas finalidades, por la de *perseguir que el infractor no lo vuelva a ser en el futuro*, mediante una intervención adecuada a las circunstancias personales y sociales del infractor.

Noción del servicio a la ciudadanía: es mejor el servicio de propiciar que el infractor no llegue a reincidir que el servicio que solo garantiza la inoportunización (inacción por neutralización durante un período de tiempo), siendo este la base del llamado *modelo incapacitador*. El primero es mejor también porque la prisión es, económicamente, más costosa.

La opción por el modelo rehabilitador no elimina o rechaza el resto de fi-

nalidades (prevención general como mensaje a la sociedad, retribución, reparación de la víctima), sino que *se convierte en una prioridad* y en un primer referente interpretativo de las normas. Ha de convivir, necesariamente, con los demás modelos punitivos (el proporcionalista, el reparador y el incapacitador).

El modelo rehabilitador acepta que un proceso de integración social es más factible cuanto más se fomente el vínculo de la persona con la sociedad y, por tanto, *excluye la prisión como primera opción*, contemplándola solo cuando las necesidades de *rehabilitación* no puedan ser abordadas en el contexto comunitario.

El modelo rehabilitador requiere, por definición, la *presencia de una pluralidad de respuestas de carácter penológico*, de manera que el operador jurídico debe seleccionar una de ellas o la combinación de varias de ellas, una vez ha realizado la valoración de que es la más adecuada para evitar la reincidencia.

El modelo rehabilitador exige, también, que la *valoración* sea *individualizada*, es decir, se aplique a las variables personales del infractor, aunque también integre las de carácter psico-social; por tanto, deberían incluirse los rasgos psicológicos y psiquiátricos, junto a las condiciones familiares, laborales, educacionales, etc.

El modelo rehabilitador tiene una base negativa: niega que la prisión sea el eje de la respuesta penal adecuada porque puede no serlo; la prisión tiene un alto índice de reincidencia; la prisión, en muchos casos, se convierte propiamente en factor criminógeno; la prisión no responsabiliza.

Y tiene también una base positiva, reflejada en una tendencia natural a intervenir activamente en el ámbito social

o en la conducta del infractor, exigiendo al infractor una participación en las actividades dirigidas a confrontar los factores vinculados a su actividad delictiva. Por consiguiente, el espacio más idóneo es aquél en el cual se puede fijar con claridad un *factor criminógeno* de la acción delictiva. Si tenemos la causa del hecho debemos encaminarnos a hacerla desaparecer y así el delito no volverá a repetirse.

*Cuando este factor criminógeno está determinado en la inimputabilidad del infractor se cruzan las medidas penales alternativas y las medidas de seguridad.*

## 2. LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD

El planteamiento tradicional describe las medidas de seguridad como una de las dos consecuencias del delito, siendo la otra la pena. Para sustentar este esquema se dice que el fundamento de la pena es la culpabilidad<sup>21</sup> (la responsabilidad propia del ser humano libre) y a falta de culpabilidad el fundamento de la medida de seguridad es la peligrosidad criminal, entendida como probabilidad de volver a delinquir (artículo 85 del Código Penal).

La inimputabilidad es, pues, ausencia total o parcial de responsabilidad: falta la capacidad de entender o comprender «la ilicitud del hecho» o de actuar de acuerdo con esta comprensión (artículo 20.1 del Código Penal). Por eso las tres fuentes legales de inimputabilidad son la enfermedad mental, la drogodependencia (y el abuso o la intoxicación) y las alteraciones de la percepción.

La legitimación, por tanto, del tratamiento diferenciado que supone la aplicación de la herramienta penológi-

ca consistente en la medida de seguridad solamente se halla en la protección del principio básico (constitucional) de igualdad. La persona inimputable no tiene la misma relación con la norma jurídico-penal que quien sí es imputable, porque no recibe, o recibe de forma deficitaria o distorsionada, su mensaje de mandato o de prohibición. El principio de igualdad demanda un trato diferente a quien es diferente.

La esencia de la medida de seguridad, básicamente y para distinguirla de la pena de forma radical, está en la posibilidad legal de imponer un tratamiento médico mediante una sentencia judicial<sup>22</sup>. Lo cual constituye una auténtica excepción legal a la regla general de que el tratamiento médico solo se puede desarrollar con el consentimiento informado del paciente (Ley 41/2002).

La regulación del Código Penal, desde luego, incorpora una gran confusión conceptual que dificulta la debida comprensión y aplicación de las medidas de seguridad. El listado de medidas (artículo 96) mezcla las medidas «originales», es decir, las dirigidas a afrontar la inimputabilidad, con todo un abanico de medidas (que ha ido creciendo en los últimos años) que persiguen otras finalidades pero básicamente la protección de la víctima del delito (literalidad de la «seguridad»).

## 3. ¿LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD SON MEDIDAS PENALES ALTERNATIVAS?

Desde la perspectiva del modelo rehabilitador (objetivo de evitar la reincidencia, no uso de la prisión, individualización, etc.) la respuesta tiene que ser afirmativa.

El elemento diferenciador de las medidas de seguridad y las medidas penales alternativas ya no puede centrarse en la necesidad de llevar a cabo un **juicio de peligrosidad**. Actualmente las medidas penales alternativas más importantes se están adoptando después de hacerse el referido juicio, aunque sea en forma demasiado superficial y con importantes déficits de individualización. La suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad, en todas sus versiones, así como su sustitución, que son las medidas penales alternativas más trascendentes, requieren una mínima valoración sobre el pronóstico de reincidencia futura de la persona condenada.

Tampoco se puede hallar el elemento diferenciador en la exigencia o no de **consentimiento del penado o infractor** en la adopción y ejecución de la medida. Actualmente podemos localizar ejemplos de ambas posibilidades en los dos tipos de medidas.

La suspensión ordinaria (artículos 80 y 81 del Código Penal) puede acordarse sin el consentimiento, y en el supuesto de la opción híbrida de suspensión y *probation* que comporta el uso del artículo 83 del Código Penal y la imposición de reglas de conducta se puede obligar al penado, por ejemplo, a participar en un programa formativo. Sin embargo, otras medidas penales alternativas como la sustitución o los trabajos en beneficio de la comunidad no se pueden, por definición, ni imponer ni ejecutar sin el consentimiento del infractor, a pesar de que el no consentimiento tiene consecuencias penológicas que pueden pasar por *acabar* en la prisión.

Por otra parte, dentro de las medidas de seguridad aunque el planteamiento general es el de la posibilidad de im-

sición, sin el consentimiento del sometido a la medida, es evidente que en algunos supuestos ha de concurrir dicho consentimiento, tal como sucede en el de sumisión a tratamiento de deshabitación de drogas, ya sea con internamiento o de carácter externo, o en algunos casos de la circunstancia eximente de alteraciones de la percepción. El consentimiento, en estos casos, es presupuesto de la efectividad del tratamiento médico, razón por la que *no debería haber ninguna diferencia*, ni en el proceso de adopción ni en el desarrollo de la ejecución, entre una medida de seguridad de sumisión a tratamiento de deshabitación y una suspensión *especial* del artículo 87 del Código Penal (condicionada a no abandonar el referido tratamiento).

Finalmente, con el actual Código Penal es posible imponer una medida de seguridad, incluso de internamiento psiquiátrico, sin que en la sentencia condenatoria haya sido efectuada ninguna referencia a la inimputabilidad del penado, teniendo en cuenta la redacción y el amplio ámbito de aplicación del artículo 60 del Código Penal (trastorno mental grave sobrevenido que impide entender el sentido de la pena).

Las dificultades y los conflictos se pueden dar, precisamente, cuando se emplean las medidas de seguridad vinculadas a un tratamiento médico fuera de los parámetros propios del modelo rehabilitador, esencialmente cuando se opta por el internamiento psiquiátrico con finalidades del modelo incapacitador: inocular o neutralizar mientras dure la privación de libertad. Normalmente se hace por una presunción de peligrosidad, un concepto estático de peligrosidad que se deriva directamente de la enfermedad mental y de la realización de un hecho

grave y que provoca resoluciones judiciales no debidamente motivadas y que prescinden de las necesidades terapéuticas del infractor paciente.

La disfunción de la medida de seguridad de internamiento psiquiátrico se puede producir, por tanto, bajo dos vertientes:

1. Inimputable que debería cumplir una medida de internamiento en un centro psiquiátrico de la red sanitaria pública pero que la cumple en una prisión sin las garantías legales del resto de internos.
2. Persona declarada inimputable que en realidad no es inimputable (diagnóstico erróneo) o que sufre un trastorno no enajenante sin indicación

terapéutica de internamiento pero con acuerdo judicial de internamiento.

La gran ventaja de la medida de seguridad, cuando funciona como medida penal alternativa, es la derivada de su flexibilidad, ya que permite cambiar de modalidad (sustituir, suspender) o incluso cesar la medida, dependiendo de la evolución terapéutica del sujeto. Esto es muy importante en los supuestos de más grande complejidad, como pueden ser los que conocemos como patología dual, en los que las indicaciones y las necesidades terapéuticas pueden modificarse en el tiempo, y lo deseable es que las decisiones jurídicas estén en sintonía o en consonancia con aquéllas.



---

### **III**

## **MODALIDADES DE TRATAMIENTO**

---



---

# MEDIDAS DE SEGURIDAD Y RELACIÓN TERAPÉUTICA EN EL MARCO DEL AMBULATORIO ESPECIALIZADO EN DROGODEPENDENCIAS

---

JORDI BORDAS GARCIA

*Médico del Centro de Atención y Seguimiento de drogodependencias.  
Benito Menni Complejo Asistencial en Salud Mental.*

Recepción: 03-03-11 / Aceptación: 17-03-11

En el ámbito catalán, el ambulatorio especializado en el tratamiento de drogodependencias se denomina *Centre d'Atenció i Seguiment (CAS)*. Está compuesto por un equipo multidisciplinario que proporciona a los pacientes una atención integral: médica, psicológica y social.

En los centros de atención y seguimiento de drogodependencias de los años 80 los enfermos que predominaban eran los heroínómanos, a los que en jerga se les denominó yonquis. Esto ha cambiado y en los CAS actuales lo que predomina son enfermos consumidores de alcohol y cocaína. De todos modos, el estigma está claro que aún existe y es doble: el proveniente de la enfermedad mental y el de las adicciones.

Los pacientes con medida penal alternativa que acuden a un CAS van a encontrar un servicio ambulatorio especializado en drogodependencias, con un equipo multidisciplinario que procurará prestar tratamiento integral y en el

que la medicina, la psicología clínica, la enfermería y el trabajo social están representados. Las tareas que se efectúan siempre se hacen en red y coordinándose.

## **OBLIGATORIEDAD DEL TRATAMIENTO**

El enfermo con medida penal alternativa presenta las características de que está obligado a tratarse por orden judicial, lo que lleva a la necesidad de alcanzar la mejor coordinación posible con la administración de justicia. Es importante señalar que la problemática de las adicciones puede ser actual pero puede no serlo, debido a que se ejecute la sentencia cuando dicha problemática ha dejado de estar activa.

El enfermo adicto se caracteriza por presentar ambivalencia y por ponderar la balanza de ganancias y beneficios de un modo no siempre favorable a su

salud. Como cualquier otra persona, tiene unas necesidades y topa con unos límites. Es ambivalente tanto hacia su enfermedad como ante la necesidad de realizar un tratamiento y de impulsar, consecuentemente, un cambio drástico en su vida. Esto determina que en muchas ocasiones el enfermo acuda al CAS más o menos presionado por razones familiares (parejas, hijos, padres, hermanos...) y/o sociales. En este sentido suele haber algo de forzado en muchas de las demandas de tratamiento. Puede decirse que este elemento de coerción al tratamiento es el mismo que existe en caso de sometimiento a medida de seguridad, solo que entonces queda elevado a la máxima expresión en forma de sentencia judicial. Lo que se espera de cualquier enfermo, esté o no sometido a medidas penales alternativas, es que protagonice un proceso de cambio. La tarea del terapeuta es siempre acompañar sin forzar.

El grado de voluntariedad es, por tanto, relativo en numerosos inicios de tratamiento y esta voluntariedad desaparece totalmente cuando se trata de una persona que ha de cumplir una medida penal alternativa, en concreto una medida de seguridad en régimen ambulatorio. Esta circunstancia —la obligatoriedad de acudir al CAS— condiciona irremediablemente una relación terapéutica especial. No es, obviamente, el marco idóneo para iniciar un vínculo entre el terapeuta y el paciente, pero nuestro desafío consiste precisamente en posibilitar que el usuario sea consciente de que tiene delante un profesional de la salud que, a pesar de que ha de servir a los fines del cumplimiento de un proceso legal, prescinde de cualquier tipo de prejuicio y solo está interesado en su bienestar. Es funda-

mental, pues, que en el espacio del CAS —y a pesar de la obligatoriedad del tratamiento— el enfermo perciba al profesional solo como un terapeuta concentrado básicamente en su realidad médica, psicológica y social. Y así el paciente podrá sentirse cómodo para poder expresar, sin ningún tipo de reticencias, la problemática asociada a su patología adictiva. Es importante dejar claro al enfermo que nosotros «solo» somos terapeutas y que a pesar de las exigencias y la particularidad de la medida penal alternativa, nuestro objetivo —y nuestros métodos— serán los mismos que en cualquier otro caso.

## **LA SENTENCIA, UNA OPORTUNIDAD**

Para que se cumplan los objetivos del tratamiento de un enfermo con medidas penales alternativas es preciso que ya en la primera visita, que en el CAS Benito Menni y en otros centros es con el médico, queden bien claras las reglas de juego y que se explicita el compromiso entre ambas partes. En el trabajo terapéutico, y más en el marco ambulatorio, es esencial crear y mantener el vínculo terapéutico. Cosa que a veces es difícil, y este es el caso precisamente en la circunstancia de que un paciente rehabilitado tenga que acudir porque ha recibido sentencia de medida de seguridad. Lo que entonces deberá hacer el terapeuta es lograr que el usuario vea la medida como una oportunidad para consolidar logros. Otro objetivo importante es desactivar la carga punitiva de la medida penal alternativa. Esto se consigue transmitiendo al paciente que aquello a lo que fuerza la medida de seguridad es llevar a que se cubran las

necesidades terapéuticas, no pocas veces acuciantes. En este sentido las medidas penales alternativas pueden ser vistas como condiciones ventajosas para el enfermo penado y ayudan a que se sienta como positiva una obligatoriedad al principio denostada. De lo que se trata es, en definitiva, de propiciar el cambio a conductas favorables a la salud, cosa no siempre fácil. En general, ante las quejas de pacientes que traslucen actitudes más de consumo que de cambio vale la recomendación de evitar juicios de valor, siendo clave intentar satisfacer sus necesidades.

Así pues, el terapeuta ha de convertir la desventaja inicial (el enfermo no tiene otra alternativa que visitarse en el CAS) en una ventaja y así favorecer un cambio. Hay que insistir en que hemos de esforzarnos para que el paciente no vea el tratamiento como un castigo, sino como una oportunidad primordial para mejorar su calidad de vida. Se trata por tanto de optimizar una situación y darle un enfoque totalmente positivo. Es importante enfatizar que hay que reforzar un vínculo estrictamente terapéutico para que cuando el paciente se halle en el CAS deje de lado la causa de su presencia allí y sea cada vez más consciente de la necesidad de una mejora personal. Se ha de potenciar, consecuentemente, un egoísmo positivo en el que el enfermo no solo valore que saca un rendimiento legal, sino que constate también que este es paralelo a una ganancia global.

## CASOS CLÍNICOS

Esta ganancia global se puede ejemplificar con los siguientes casos clínicos. D.L.C. es un enfermo politoxicó-

mano con un perfil agresivo que inició un tratamiento en el CAS para poder cumplir una medida penal alternativa. Su actitud inicial fue distante y abiertamente negativa, y se negó a hablar con el terapeuta de su historia personal. Las primeras visitas se limitaron a unos pocos monosílabos y el paciente solo se centró en el seguimiento del programa de analíticas de orina. El tratamiento de un adicto suele ser una carrera de fondo, y este caso no fue una excepción. Un año después del primer contacto, D.L.C. aquejó un episodio crítico, con consumos intensos y repetidos, que determinó un giro radical en su evolución: el enfermo tomó conciencia de que tenía un problema que ponía en peligro su integridad física y/o psicológica. Como resultado de este cambio se abrió al médico, se olvidó de sus problemas legales y buscó en el CAS los recursos para poder afrontar adecuadamente una enfermedad que había alcanzado una extrema gravedad y que comprometía su realidad personal, familiar y social. El paciente ingresó finalmente en una Comunidad Terapéutica y progresó satisfactoriamente.

El caso de A.F.G. es muy diferente. Este enfermo con una adicción a la cocaína ya no consumía cuando vino al CAS para poder realizar una medida de seguridad de tipo ambulatorio. Se creó de entrada un vínculo terapéutico fuerte entre el enfermo y los dos terapeutas, psicólogo y médico, que intervinieron. Y de este modo, cuando la obligatoriedad de acudir al centro desapareció (su problema legal estaba solucionado), el paciente quiso seguir visitándose porque encontraba el apoyo médico y psicológico que necesitaba a raíz de una problemática directamente relacionada con una crisis de pareja.

Y para terminar mencionamos los casos de R.A.S. y de J.A.C. El primero aquejaba una dependencia de cannabis. No obstante, el enfoque terapéutico cambió drásticamente cuando en la segunda visita se diagnosticó una esquizofrenia paranoide. El enfermo, que probablemente no hubiese acudido a nuestro servicio si no hubiera sido por la medida de seguridad, no solo tenía una enfermedad psíquica severa, sino que también sufría un déficit intelectual importante y una precariedad social. Y así el CAS desarrolló un trabajo en red con el Centro de Salud Mental de Adultos de referencia y los servicios

sociales municipales, para poder cubrir adecuadamente las necesidades del enfermo. R.A.S. se estabilizó psiquiátricamente y recibió una atención social suficiente como para que se reparase la marginación que sufría antes de contactar con el CAS.

J.A.C., en fin, presentaba una dependencia de alcohol y una problemática laboral y familiar importante. El enfermo desarrolló una buena relación terapéutica, asumió su enfermedad y, en consecuencia, la necesidad de librarse del consumo para poder estabilizarse anímicamente y solucionar todas las cuestiones personales que le condicionaban.

---

# COMUNIDAD TERAPÉUTICA, PATOLOGÍA DUAL Y MEDIDAS PENALES ALTERNATIVAS

---

PERE MARTÍ HERNÁNDEZ

*Director Médico de Associació Egueiro. Tarragona.*

Recepción: 03-03-11 / Aceptación: 17-03-11

La Asociación Egueiro, entidad privada sin ánimo de lucro, fue fundada en 1984 en la Rioja con la misión de abordar el tratamiento del drogodependiente en régimen de Comunidad Terapéutica. Años más tarde se expandió a Cataluña, donde actualmente se halla su sede central. Egueiro trabaja conjuntamente con el *Departament d'Acció Social i Ciutadania* y el *Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (ICASS)* y también con el *Departament de Justícia* y la *Secretaria de Serveis Penitenciaris, Rehabilitació i Justícia Juvenil*, todos ellos organismos de la administración catalana. Según esta, la red de atención a las drogodependencias incluye las Comunidades Terapéuticas como recurso terapéutico específico de toxicomanías de tercer nivel. Es un modelo terapéutico que se halla fundamentado y validado científicamente desde hace años; seguidamente se mencionan sus características esenciales. También es importante

señalar que no todos los centros residenciales para toxicómanos implementan el modelo de comunidad terapéutica para tratar a sus usuarios.

## QUÉ ES LA COMUNIDAD TERAPÉUTICA

En principio, la comunidad terapéutica es una forma de prestación de servicios de salud y de tratamiento que se complementa con la clínica tradicional. La comunidad terapéutica interviene en el proceso terapéutico de rehabilitación de drogodependientes siempre que se precisa una intervención amplia, intensiva, dilatada e integral sobre la conducta adictiva, hábitos relacionales y emocionales y demás problemas de comportamiento que por su magnitud y cronicidad resulte insuficiente el abordaje ambulatorio de los mismos. *La comunidad terapéutica puede definirse como*

*un método de trabajo*, por lo que, como ya se ha dicho, no todos los recursos residenciales son comunidades terapéuticas. El método de trabajo definido como comunidad terapéutica es una modalidad de atención y tratamiento profesional en aras de la deshabituación, rehabilitación e inclusión social de personas con conductas adictivas. Es importante, pues, velar para que el modelo de intervención comunitaria mantenga cohesión en su marco teórico e ideológico. Para ello se dispone de programas terapéuticos (drogas, alcohol, patología dual) y pisos de reinserción. En caso de medidas penales alternativas el objetivo es compatibilizar, en estos casos, la necesaria existencia de criterios de seguridad con un tratamiento dirigido directamente a incidir en la drogodependencia en tanto en cuanto es el origen de la problemática generadora de la situación que lleva a delinquir a la persona.

En esencia, la comunidad terapéutica es la *reproducción de un espacio social* construido con la finalidad terapéutica de proporcionar a sus internos un tratamiento a la vez de tipo institucional y comunitario, orientado a la consecución del control y extinción de las conductas adictivas.

La demanda de ingreso se origina en los centros de atención y seguimiento (CAS) ambulatorios de drogodependencias. El perfil del paciente es alguien con criterios de dependencia de cualquier droga, que haya efectuado uno a varios intentos de deshabituación ambulatoria y que no consigue, por diferentes causas, la abstinencia de forma continuada. La persistencia del consumo le produce unos perjuicios personales, laborales, familiares, etc., hasta tal punto que se aconseja entonces un *período no breve de alejamiento de la droga* para así po-

der abordar terapéuticamente de forma global, biopsicosocial, a la persona.

A grandes rasgos, los *factores* del programa terapéutico en comunidad terapéutica son, en general, el ingreso y permanencia voluntarios, la ruptura temporal con el respectivo medio social (temporalidad del tratamiento comunitario), el alejamiento total de cualquier tipo de sustancia adictiva exceptuando tabaco, la participación efectiva del paciente en el propio tratamiento, la interacción continuada en grupo, la tutoría permanente por parte del equipo profesional, la psicoterapia individual, la frecuentación de grupos terapéuticos, educativos y de reflexión, y el proceso terapéutico dividido en fases, con lo que se hace posible evaluar la evolución del usuario.

La comunidad terapéutica nunca debiera entenderse como tratamiento total, capaz de cubrir todos y cada uno de los aspectos y necesidades del proceso terapéutico, amplio per se, de cuantos drogodependientes lo utilicen. Debe verse como *un recurso dentro del proceso de rehabilitación en su conjunto*. Por tanto, y acerca de la debatida «cuestión residencial», esta es desde luego muy importante, siendo central como herramienta de cambio, pero en una comunidad terapéutica profesional nunca debiera ser la finalidad en sí misma. Lo cual significa que los factores que a continuación se enumeran no definen la comunidad terapéutica aun siendo esta un centro de internamiento, ni tampoco configuran las metas del programa o de la permanencia de los usuarios en el centro. O dicho de otra manera, la comunidad terapéutica no es exclusivamente un centro de contención física, ni de contención del consumo de tóxicos o de enfermedades. Tampoco es un lu-

gar residencial alternativo para personas sin hogar. No es tampoco, exclusivamente, un centro ocupacional ni de formación laboral de sus residentes. No representa solamente un período temporal de «reparación» ni tampoco una respuesta a dificultades de los familiares del usuario. Ni tampoco es, en definitiva, un centro destinado a satisfacer meramente necesidades sociales de los usuarios.

Dicho esto deberían resultar más claros los auténticos *objetivos* de una Comunidad Terapéutica. El primero es facilitar un entorno adecuado tanto educativo como terapéutico, con el fin de poder aplicar un programa de tratamiento útil para quienes se hallan afectados por conductas adictivas y drogodependencias. Esto entraña facilitar la atención médica, farmacológica, psicológica y social que necesite el residente. Un segundo objetivo importante es potenciar actitudes favorables hacia la adquisición de hábitos de vida saludables que consoliden la abstinencia. Otra meta, la tercera, está en que la persona alcance mayor estabilidad emocional y un progresivo aumento de su autoestima. Adquirir o recuperar valores que faciliten la integración social es el siguiente objetivo no menos importante, como también lo es el quinto, la cooperación y coordinación con el resto de profesionales y dispositivos de la red asistencial y las organizaciones implicadas en programas similares orientados al tratamiento y reinserción social.

La comunidad terapéutica debe garantizar la atención profesional interdisciplinaria según *áreas de intervención*: educativa, psicológica, médica y social. Tiene que disponer también de un sistema de evaluación del proceso, requisito que hoy día cumplen las comunidades

terapéuticas<sup>3</sup>. Algunas distinguen dos *tipos de evaluación*: la del propio individuo y la del individuo dentro del grupo comunitario. La evaluación se realiza mediante indicadores que cuantifican objetivos, y en algunos casos también se utilizan indicadores cualitativos.

La *planificación de la intervención* se efectúa teniendo en cuenta que, en principio, todos los programas contemplan una planificación de la intervención según unas fases y una duración, a fin de conseguir el proceso de cambio personal. La programación de las actividades responde a objetivos y fines concretos, como son actividades socioeducativas, psicoterapéuticas, médico-sanitarias, ocupacionales-laborales, culturales, formativas y de ocio y tiempo libre. El *seguimiento* va a cargo del equipo mientras dura el proceso terapéutico, con reuniones periódicas de evaluación. Una vez el paciente es dado de alta, se procede a su *derivación* al centro de la red asistencial indicado.

### UNIDAD DE PATOLOGÍA DUAL INTEGRANTE DE COMUNIDAD TERAPÉUTICA

La Unidad de Patología Dual de la Asociación Egueiro en la Masia Santa Agnès, Tarragona, se creó en 2008 como dispositivo dotado de programas específicos destinados a dar respuesta grupal a problemas individuales. Desde los Centros de Atención y Seguimiento (CAS) de drogodependencias había, y sigue habiendo, demanda creciente de derivación a Comunidad Terapéutica por el aumento sostenido de trastornos mentales adictivos y no adictivos coincidentes en la misma persona. Al mismo tiempo al enfermo con patología

dual le resultaba difícil integrarse en el abordaje comunitario y provocaba resistencias en el resto de residentes. La duración aproximada de la *estancia* en la Unidad de Patología Dual de Egueiro es de 12 a 15 meses. Posteriormente se indica derivación a *pisos de reinserción* tanto de la propia organización como de otras entidades. Lo importante para el paciente es que la derivación sea adecuada y que pueda beneficiarse de recursos como el CAS, los Centros de Salud Mental de Adultos, los centros de día, trabajo protegido, y otros.

En la comunidad terapéutica, la presencia de patología dual o coincidencia de un diagnóstico de trastorno mental y de criterios de dependencia de alcohol y/o drogas debe enfocarse del siguiente modo: hay que partir de que las *dificultades diagnósticas* suelen ser la norma, con *largos recorridos por diferentes recursos de salud mental y de adicciones*. Incide también que los pacientes suelen ser inconstantes en sus visitas de seguimiento y especialmente la *falta de períodos prolongados de abstinencia*. Además, cada persona, es decir, cada enfermedad y cada drogodependencia tienen su evolución propia. Por parte de los profesionales debería hacerse un esfuerzo para evaluar mejor mediante diagnósticos adecuados, claros, entendibles y unificados según sea el estado mental del consumidor de drogas. En un mismo paciente suelen intervenir distintos profesionales en diversas etapas de su vida, y también suele suceder que según cada médico y según sea el consumo de drogas en cada etapa, se emitirán diagnósticos dispares.

Hay que insistir en evitar catalogar a los pacientes repitiendo viejos diagnósticos. Lo que hay que hacer es evaluar constantemente el estado mental, que

puede cambiar a lo largo del tiempo: por el uso de diferentes drogas, la medicación que se va prescribiendo, el ingreso en distintos recursos... Y algo muy importante: los diagnósticos no sirven para saber *cómo es* un paciente. Para la adaptación a Comunidad Terapéutica es precisamente esto lo que cuenta, es decir, qué tipo de afectación le produce la enfermedad, cuál es su ritmo vital, de qué recursos personales dispone el residente para afrontar la vida cotidiana. Un diagnóstico de esquizofrenia paranoide no dice gran cosa de cómo vive el paciente su día a día, si se hace la cama o la comida, si cuida del propio aseo, si va a trabajar, si es activo en su tiempo libre... Ante un paciente comórbido como el de este ejemplo, con esquizofrenia y trastorno adictivo, cuando llega a Egueiro la *admisión* se hace de entrada en la Unidad de Patología Dual. No obstante, es importante remarcar que si este paciente se muestra capaz de desenvolverse en un entorno de pacientes con solo trastorno adictivo, o sea la comunidad terapéutica para toxicomanías propiamente dicha, entonces se le deriva a esta, dentro de la propia institución. Y al contrario, puede suceder, y de hecho no es raro, que usuarios de drogas con diagnóstico de trastorno adictivo solamente —y por tanto sin diagnóstico de trastorno psiquiátrico no adictivo como pueda ser esquizofrenia— deban ser trasladados a la Unidad de Patología Dual de Egueiro, precisamente por presentar las *características* que así lo indican y que seguidamente se enumeran.

Los usuarios de Comunidad Terapéutica con patología dual se caracterizan por presentar poca conciencia de trastorno mental adictivo y no adictivo, por ser pacientes muy institucionalizados,

tener escasa capacidad de introspección, mostrar más dificultades de adaptación a cambios, a la convivencia, la normativa... Presentan menos tolerancia a la frustración, más impaciencia ante el resto de residentes, y tienden a la pasividad, a tener poca autonomía ante las tareas y escasos recursos personales para afrontar situaciones nuevas. Muestran, en definitiva, poca motivación para cambiar de estilo de vida, escaso control de los impulsos, se pueden infligir autolesiones como forma de llamar la atención y no son infrecuentes los intentos de suicidio. Es una **problemática grave** que hace que los familiares se muestren agotados, incluso desestructurados y con más patología dual asociada. Son pacientes usualmente medicados con fármacos antipsicóticos, con los efectos adversos que se derivan: entecimiento mental y físico, aumento de peso, y otros. En estos casos *los pacientes suelen atribuir toda su enfermedad a la medicación*, por lo que aumenta su tendencia a abandonarla una vez estabilizados. Los usuarios con patología dual, en suma, muestran más dificultades en seguir el proceso de reinserción, su contexto familiar suele ofrecer escasa contención, y les resulta más difícil acceder a recursos externos de salud mental como puedan ser centros de día o de trabajo protegido.

Las consecuencias de todo ello en el abordaje terapéutico en comunidad terapéutica son relevantes: más dificultad en el proceso de adaptación, mayor tasa de abandonos en el primer mes de estancia, mayor incidencia de fugas y autolesiones, e importante en Comunidad Terapéutica, más *dificultad de conseguir el clima terapéutico óptimo*. Ello es así porque entonces cuesta bastante más que los nuevos ingresos se

adaptan, dado que quienes ya llevan tiempo residiendo no siempre se encuentran bien ni son siempre el motor de la comunidad terapéutica en su función de acompañar a los recién admitidos y dar ejemplo asumiendo responsabilidades y tomando decisiones adecuadas. El resultado es que el **proceso de reinserción** se vuelve más largo y complejo.

Para resolver el problema lo que se ha hecho es afrontar una serie de adaptaciones del modelo comunitario a la patología dual. Pueden sintetizarse en que se mejora el acompañamiento de los recién ingresados, se dedican más intervenciones por parte del equipo terapéutico (educador social), se readaptan las actividades ocupacionales, intentando que las actividades sean más variadas, de menor duración, con talleres de menor exigencia física. Esto conlleva aumentar las actividades grupales en aras de movilizar a los pacientes, con paseos, juegos y ejercicio físico. Y se instaure un período de descanso posprandial que no llega a siesta pero que se ve necesario para estos enfermos.

En términos del **plan terapéutico individualizado**, PTI, toda esta readaptación de objetivos se basa en reestructurar los que llamamos de segunda fase en objetivos de primera fase, prolongando la temporalidad para alcanzar metas y ajustar a la baja el nivel de exigencia de las responsabilidades. Han debido eliminarse objetivos de ámbito psicológico y de ocupación laboral y en contrapartida aumentar las oportunidades de control y adquisición de hábitos, horarios y medicación. Los grupos se dirigen básicamente y de forma específica a la concienciación de la enfermedad mental y de la necesidad de medicación.

## MEDIDAS PENALES ALTERNATIVAS Y COMUNIDAD TERAPÉUTICA

Tanto la filosofía de la ley como el sentido de una sentencia penal de medida de seguridad son claros: incidir en la causa del delito para evitar que vuelva a ocurrir, lo cual se concreta en realizar tratamiento de deshabitación y lograr la reinserción social del penado. Una medida penal alternativa, como es bien sabido, viene impuesta por un juez o tribunal sentenciador. Y el penado debe someterse a un tratamiento adecuado a la enfermedad padecida en el momento de perpetrarse el delito, que es la drogodependencia según haya quedado demostrado en el juicio oral, como cumplimiento alternativo a la condena de privación de libertad en centro penitenciario.

Pero con las medidas de seguridad por internamiento la aplicación de la ley se torna compleja en la práctica. Es conocido que en el tratamiento de las drogodependencias la *valoración* del estadio del cambio —precontemplación (se consume), contemplación (se consume pero se considera parar), preparación (cambios previos), acción (se inicia la abstinencia presumiblemente estable)— es fundamental y suele variar para cada paciente según su propia evolución y biografía. Pues bien, esta valoración previa no suele darse porque la indicación a Comunidad Terapéutica se hace desde la administración de justicia, no desde un dispositivo especializado en salud mental. En la admisión de pacientes en comunidad terapéutica se echan de menos estudios o por lo menos apreciaciones técnicas sobre la idoneidad del momento terapéutico para la admisión y sobre qué tratamien-

to se indica como el más adecuado y porqué. Los pacientes suelen entrar en comunidad terapéutica habiendo efectuado un largo recorrido: ambulatorios, dispositivos residenciales, desintoxicaciones hospitalarias, etc., y por ello es importante dejar bien claro que *el tratamiento residencial, para ser efectivo, ha de ofrecerse en el momento adecuado de la vida del paciente*. Y no pocas veces la dilatación de los tiempos de respuesta judiciales se erige en obstáculo para que dicho tratamiento se dé en el momento oportuno. Así, no suelen ser breves los períodos de tiempo entre el momento del delito y el del juicio oral, y entre este y el momento de aplicación de la medida terapéutica, todo lo cual repercute en el último interviniente del proceso, la comunidad terapéutica.

En definitiva, y pese a la participación diligente del médico forense, estos pacientes suelen llegar a Comunidad Terapéutica sin valoración del mencionado estadio de cambio, del período evolutivo comprendido entre delito, juicio oral y aplicación de la medida, del grado de motivación personal (se asume la medida para evitar la cárcel) y del tiempo transcurrido en prisión si es este el caso (si es prolongado se pierde interés en ir a comunidad terapéutica). El objetivo del penado es entonces descontar días y finalizar el tiempo de la medida según sentencia, de manera análoga a cómo lo hace en la cárcel. Los *interrogantes*, en suma, que le asaltan a lo largo del proceso pueden ser muy bien los siguientes: ¿Acepto la condena de medida penal alternativa o prefiero cumplir la pena en prisión? ¿Puedo renunciar a la aplicación de la medida? ¿Estando en la cárcel o en el psiquiátrico, para qué ir a la comunidad terapéutica si lo que quiero es salir cuanto antes! ¿Llevando tiempo en

prisión sin consumir me compensa pasar a estar doce o quince meses más en comunidad terapéutica? ¿Ahora que me he adaptado al psiquiátrico, estoy motivado para tratarme en comunidad terapéutica, con sus normas y obligaciones, y lejos de la familia?

Acabamos de ver, en síntesis, la realidad de las medidas penales alternativas, que contrasta con la del residente no sometido a medida de seguridad. Este paciente habrá sido derivado por un profesional, habrá efectuado un se-

guimiento ambulatorio previo y habrá tenido que adaptarse a una lista de espera de la que se informa (la perentoriedad de la sentencia judicial no admite dilación), con lo que habrá tenido tiempo suficiente para hacerse a la idea. Además, en la admisión ha firmado el ingreso voluntario, se ha producido una apreciación técnica del estadio del cambio en que se hallaba el paciente —contemplación, preparación, acción—, y el objetivo es, en fin, el alta terapéutica (y no la finalización de la medida).



---

# MEDIDAS PENALES ALTERNATIVAS Y HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

---

JOSÉ JAVIER VALLS LAPICA

*Coordinador de Agudos, Subagudos y Unidad de Patología Dual.  
Sagrat Cor Serveis de Salut Mental, Martorell (Barcelona),*

Recepción: 03-03-11 / Aceptación: 17-03-11

## PREÁMBULO

En general a una persona se le abuelve y se le aplica una medida de seguridad porque ha cometido un acto antijurídico sin ser libre para decidir si cometía el acto o no, o incluso sin entender si el acto que cometía era antijurídico o no, debido a una alteración psíquica que ha llevado a una alteración de su juicio, de su voluntad o de ambos. Para empezar esto ya es curioso. Se aplica una medida «porque» y no «para qué». No se aplica una u otra medida porque vaya a ser útil o porque vaya a ser más útil que otra que se pudiera aplicar para que esa persona no vuelva a cometer un acto semejante —porque el que ha cometido ya no hay quien lo remedie— y porque esa medida vaya a ser útil o vaya a ser más útil que otras para que esa persona se reinserte en la sociedad (con lo que eso realmente significa).

El derecho y las decisiones judiciales

siguen basándose hoy en día más en la ética de la sociedad que en la eficacia o utilidad para esa misma sociedad de las decisiones que toman. Y ello cuando la etnología nos ha mostrado que la cultura de una sociedad, sus valores —y las leyes como una transposición formal de los mismos— son una creación arbitraria de cada sociedad, las leyes todavía siguen llevando a que la justicia tome unas decisiones basadas en una ética supuestamente universal y absoluta: el bien y el mal y si el individuo ha escogido libremente el bien o el mal, más que en si van a ser útiles para los intereses arbitrariamente decididos por la mayoría de esa sociedad. Así, setenta años después del nacimiento de la cibernética hacia 1942 impulsada por Norbert Wiener y del establecimiento de la teoría general de sistemas por Ludwig von Bertalanffy en 1945, ambas siguen sin aplicarse a la administración de justicia, permaneciendo sin evaluar los resultados de las medidas

tomadas para dar una retroalimentación sobre las mismas.

## PROPUESTA

No soy yo quién, ni este es lugar para proponer cambios en las leyes ni las medidas judiciales. No estoy tampoco denostando ninguna de las prácticas actuales ni proponiendo alternativas. Pero como precisamente no se puede hacer una presentación científica de los resultados de las medidas de seguridad y penales alternativas en comparación a la prisión en las mismas situaciones, porque esos resultados no se conocen, presentaré unos casos concretos para abrir la reflexión y la crítica no solo en mí sino en todos ustedes.

## CASOS

### Caso 1

#### *Antecedentes*

Era un paciente con un diagnóstico de esquizofrenia paranoide —hoy en día quizá no lo diagnosticaría igual— muy inquieto, activo, con ideas delirantes de grandeza dentro de lo cotidiano, pero que no parecía que fuera a hacer daño a nadie. Estuvo hospitalizado varias veces en el hospital psiquiátrico Sant Joan de Déu en Sant Boi, donde un servidor fue su psiquiatra. Mejoraba con carbamazepina y un antipsicótico. Pero el gran problema que tenía era que no creía de ninguna manera estar enfermo y no era nada cumplidor del tratamiento.

#### *Los hechos*

Un día, ya de alta y circulando por la autopista A7, con su vehículo le impi-

dió el paso a otro en el peaje de Granollers. Salió del coche y le pidió al otro conductor que se bajara los pantalones, pues él estaba convencido de que había marcianos entre nosotros, y que se distinguían porque tenían tres testículos. Al negarse el otro conductor, le clavó un cuchillo en el abdomen. Un servidor se lo volvió a encontrar como preso preventivo en la enfermería de psiquiatría de la cárcel Modelo en Barcelona, con sus características de siempre y mejorando con el tratamiento como siempre. Un servidor tuvo que ir como perito al juicio, donde fue absuelto y se le impuso una medida de seguridad de 17 años por homicidio en grado de tentativa, que fue a cumplir al psiquiátrico de Sant Joan de Déu, donde ya no estaba un servidor.

#### *Reflexión*

Probablemente durante la medida de seguridad se le prescribió un tratamiento adecuado, que consiguió que mejorara el ánimo, disminuyera la inquietud psicomotora y desaparecieran las ideas delirantes, porque esto es lo que hacemos habitualmente los psiquiatras. Probablemente durante la medida de seguridad se hicieron esfuerzos denodados para que el paciente se convenciera de que tenía una enfermedad mental y se convenciera de que tenía que tomar el tratamiento cuando volviera a estar libre, porque esto es lo que hacemos habitualmente los psiquiatras. Pero quizás durante la medida de seguridad no se le hizo cambiar su forma de reaccionar para que cuando tuviera una discusión de tráfico sin ideas delirantes ni enfermedad con otro conductor por quien tenía que entrar primero en la cabina del peaje no le clavara un cuchillo en el ab-

domen, porque eso no es a lo que más esfuerzo dedicamos los psiquiatras con un paciente diagnosticado de esquizofrenia.

## Caso 2

### *Antecedentes*

Una mujer tiene dos hijos de seis y un años, que cuida con dedicación y perfectamente. Todos los días es la primera en llegar a la puerta del colegio para recogerlos, desde donde la mayor sale corriendo para darle un beso. Junto con su marido, han venido a nuestro país desde otro para evitar que aquél sea detenido por unos delitos que ha cometido y con los que ella no tiene absolutamente nada que ver.

### *Los hechos*

El marido, sometido a orden de búsqueda y captura internacional, es detenido. Ella se va con sus hijos a un hotel y, sufriendo una gran angustia y convencida de que ella también va a ser detenida y sus hijos van a quedar abandonados en un orfanato, los ahoga con una almohada. Es absuelta y se le impone una medida de seguridad de 20 años en un psiquiátrico por asesinato.

### *Reflexión*

Probablemente, pasados seis meses, la mujer se ha recuperado por completo de su trastorno psíquico. Probablemente, a quien únicamente va a servir que pase 19 años y medio más en el psiquiátrico es a ella, para calmar su conciencia sabiéndose castigada por cometer un crimen horrible. Algo para lo que igualmente le serviría estar en prisión.

Y para evitar que se suicide. Probablemente, esta mujer no haría ni hará jamás daño a nadie salvo a sus propios hijos en la situación en que se encontró. Siendo absolutamente sinceros, y si se quiere crueles, la única verdadera medida de seguridad que se le podría imponer es evitar de una manera absoluta e insalvable que pudiera volver a tener hijos nunca.

## Caso 3

### *Antecedentes*

Un hombre de 50 años, dependiente del alcohol, maltrataba a su mujer. Esta le denuncia y se dicta una orden de alejamiento de ella para él. El paciente sufría una miocardiopatía dilatada.

### *Los hechos*

Un día encuentran a este hombre dirigiéndose a casa de su mujer con cinta de embalar, una bolsa y una cuerda en los bolsillos. Una juez, sin preguntar a nadie ni saber lo que se hace, le impone una medida penal alternativa de dos años en una Unidad de patología Dual de agudos en la que solo hay un patio con jardín y ninguna posibilidad de trabajo, cursos, formación ni ningún otro programa que lleve a la rehabilitación ni a la reinserción social con todo lo que eso significa. Ni tampoco, curiosamente una atención médica no psiquiátrica continuada como la que se puede tener en una cárcel.

A pesar de todo, con la mera abstinencia de alcohol tras seis meses de estancia en la unidad el paciente se había vuelto una persona suficientemente sensata, comedida, respetuosa y respon-

sable. Pero la estancia en la Unidad le resultaba insoportable. A través de su abogado dedicaba todos sus esfuerzos a intentar cambiar su estancia en la Unidad por otra medida. A lo largo de este tiempo había tenido que ser enviado tres veces a urgencias del hospital comarcal más cercano por arritmia.

### *Desenlace*

Una mañana la auxiliar de enfermería despierta al paciente, que se levanta de la cama. Cuando aquélla pasa de nuevo por la habitación cinco minutos después, el paciente está tendido en el suelo, muerto.

---

**IV**

**GESTIÓN Y EVALUACIÓN  
DE MEDIDAS DE SEGURIDAD  
DE INTERNAMIENTO**

---



---

# LA INTERVENCIÓN DE LOS TRIBUNALES DE JUSTICIA EN LA EJECUCIÓN DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD PRIVATIVAS DE LIBERTAD

---

PEDRO MARTÍN GARCÍA

*Magistrado, Presidente de la Sección Segunda de la Audiencia Provincial de Barcelona.*

Recepción: 03-03-11 / Aceptación: 17-03-11

## 1. IMPOSICIÓN DE MEDIDA DE SEGURIDAD PRIVATIVA DE LIBERTAD

### 1.1. Supuestos autorizantes

La imposición a un acusado/procesado de una medida de seguridad privativa de libertad requiere como presupuesto necesario pero no determinante la aplicación en sentencia a aquél de alguna de las siguientes *circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal*:

- 1.<sup>a</sup> La primera del artículo 20 del Código Penal, es decir, que el acusado/procesado al tiempo de cometer la infracción penal

«a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión.»

- 2.<sup>a</sup> La segunda del artículo 20 del Código Penal, es decir, que el procesado/acusado al tiempo de cometer la infracción penal

«se halle en estado de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, (...) o se halle bajo la influencia de un síndrome de abstinencia, a causa de su dependencia de tales sustancias, que le impida comprender la ilicitud de un hecho o actuar conforme a esa comprensión.»

- 3.<sup>a</sup> La tercera del artículo 20 del Código Penal, es decir, que el acusado/procesado

«por sufrir alteraciones en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia, tenga altera-

da gravemente la conciencia de la realidad».

Igualmente podrá aplicarse alguna medida de seguridad privativa de libertad cuando en alguno de los supuestos anteriores

«no concurrieren todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad en sus respectivos casos»,

si bien en estos casos se exige que la pena impuesta al acusado/procesado sea privativa de libertad (artículo 21 núm. 1.º Código Penal).

## 1.2. Medidas de seguridad privativas de libertad

Las medidas de seguridad privativas de libertad se contemplan en el artículo 96 apartado 2 del Código Penal, y son las siguientes:

- 1.<sup>a</sup> Internamiento en centro psiquiátrico adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica afectante al condenado (artículo 101 del apartado 1 del Código Penal).
- 2.<sup>a</sup> Internamiento en centro de deshabituación.
- 3.<sup>a</sup> Internamiento en centro educativo especial.

## 1.3. Carácter facultativo de la imposición de la medida de seguridad

La concurrencia de alguno de los supuestos autorizantes de la imposición de una medida de seguridad privativa de libertad es, como hemos dicho más arriba, requisito necesario pero no determinante de su imposición, pues lo

que determina su efectiva imposición es que la medida de que se trate sea necesaria (artículos 101 apartado 1, 102 apartado 1 y 103 apartado 1 del Código Penal), lo que se determinará mediante la correspondiente prueba pericial (médica/psiquiátrica) que se habrá practicado en el acto del juicio oral.

## 1.4. Otras notas

### *Temporalidad*

La medida de seguridad no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si el acusado/procesado de que se trate hubiera sido declarado responsable (artículos 101 apartado 1, 102 apartado 1, 103 apartado 1 y 104 apartado 1 del Código Penal).

### *Control judicial*

El condenado a una medida de seguridad privativa de libertad no podrá abandonar el establecimiento en que estuviere internado, por motivo de cese, sustitución o suspensión de la medida sin autorización del Juez o Tribunal sentenciador (artículos 101 apartado 2, 102 apartado 2 y 103 apartado 2 del Código Penal en relación con el artículo 97 del mismo cuerpo legal).

### *Intervención del Ministerio Fiscal*

En aquellos casos en que se imponga al condenado una medida de seguridad privativa de libertad el Juez o Tribunal sentenciador comunicará al Ministerio Fiscal, con suficiente antelación, la proximidad de su vencimiento, a efectos de lo previsto en la Disposición Adicional Primera del Código Penal, la cual establece que

«Cuando una persona sea declarada exenta de responsabilidad criminal por concurrir alguna de las causas previstas en los números 1.º y 3.º del artículo 20 de este Código, el Ministerio Fiscal instará, si fuera procedente, la declaración de incapacidad ante la Jurisdicción Civil, salvo que la misma hubiera ya sido anteriormente acordada y, en su caso, el internamiento conforme a las normas de la legislación civil.»

## **2. ACTUACIÓN DEL JUEZ O TRIBUNAL UNA VEZ FIRME LA SENTENCIA DONDE SE IMPONE AL ACUSADO/ PROCESADO UNA MEDIDA PRIVATIVA DE LIBERTAD**

Una vez firme la sentencia donde se imponga una medida de seguridad privativa de libertad, el Juez o el Tribunal se dirigirá al *Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya*, y específicamente a la *Direcció General de Justícia Juvenil i Mesures Penals Alternatives*, acompañando copia certificada de la sentencia, donde constará debidamente detallada la circunstancia existente de la responsabilidad criminal que concurre en el acusado/procesado (anomalía o alteración psíquica, etc.), interesando la indicación del centro más adecuado para el tratamiento del condenado.

Una vez recibida la contestación del *Departament de Justícia*, el Juez o Tribunal ordenará el traslado del acusado/procesado al centro indicado, traslado que se efectuará, por punto general, desde la unidad psiquiátrica penitenciaria donde estuviera provisionalmente internado o, eventualmente, desde el Centro Penitenciario correspondiente.

## **3. INTERVENCIÓN DEL JUEZ O TRIBUNAL SENTENCIADOR EN LA EJECUCIÓN DE LA MEDIDA DE SEGURIDAD PRIVATIVA DE LIBERTAD**

Examinaremos dos supuestos perfectamente diferenciados: de un lado, la autorización para salidas terapéuticas y de otro lado el relativo a la sustitución, cese o suspensión de la medida de seguridad privativa de libertad.

### **3.1. Autorización para salidas terapéuticas**

Por lo que respecta a este primer supuesto, es decir, la autorización para salidas terapéuticas, debemos tener en cuenta lo que dispone el apartado 2 del artículo 101 del Código Penal:

«El sometido a esta medida (internamiento para tratamiento médico o educación especial en un establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie) no podrá abandonar el establecimiento sin autorización del Juez o Tribunal sentenciador, de conformidad con lo previsto en el artículo 97 de este Código.»

En el mismo sentido se pronuncian los apartados 2 de los artículos 102 y 103 del Código Penal.

Una lectura superficial del apartado 2 del artículo 101 del Código Penal podría conducir a la conclusión de que la autorización para las salidas terapéuticas corresponde al Juez o Tribunal sentenciador, toda vez que las mismas comportan un abandono siquiera sea temporal del centro donde se encuentran ingresados.

Ahora bien, si nos fijamos en que lo que los preceptos legales dicen es que el

sometido a una medida de seguridad privativa de libertad no podrá abandonar el establecimiento donde esté ingresado sin autorización del Juez o Tribunal sentenciador «*de conformidad con lo previsto en el artículo 97 de este Código*», entonces debemos llegar a una conclusión contraria a la más arriba consignada, es decir, contraria a la de que debe ser el Juez o Tribunal sentenciador quien autorice las salidas terapéuticas.

Para mayor claridad procedemos a exponer el texto del artículo 97 del Código Penal:

«Durante la ejecución de la sentencia, el Juez o Tribunal sentenciador adoptará, mediante un procedimiento contradictorio, previa propuesta del Juez de Vigilancia Penitenciaria, alguna de las siguientes decisiones:

- a) Mantener la ejecución de la medida de seguridad impuesta.
- b) Decretar el cese de cualquier medida de seguridad impuesta en cuanto desaparezca la peligrosidad criminal del sujeto.
- c) Sustituir una medida de seguridad por otra que estime más adecuada, entre las previstas para el supuesto de que se trate. En el caso de que fuera acordada la sustitución y el sujeto evolucionara desfavorablemente, se dejará sin efecto la sustitución, volviéndose a aplicar la medida sustituida.
- d) Dejar en suspenso la ejecución de la medida en atención al resultado ya obtenido con su aplicación, por un plazo no superior al que reste hasta el máximo señalado en la sentencia que la impuso. La suspensión quedará condicionada

a que el sujeto no delinca durante el plazo fijado, y podrá dejarse sin efecto si nuevamente resultara acreditada cualquiera de las circunstancias previstas en el artículo 95 de este Código.

A estos efectos, el Juez de Vigilancia Penitenciaria estará obligado a elevar al menos anualmente una propuesta de mantenimiento, cese, sustitución o suspensión de la medida de seguridad de la pena privativa de libertad.»

Es decir, poniendo en relación ambos preceptos, la autorización judicial necesaria para que el sometido a una medida de seguridad privativa de libertad abandone el establecimiento donde se halla ingresado se refiere única y exclusivamente a los supuestos de sustitución, suspensión o cese de la medida de seguridad afectante al interno, pero no a las salidas terapéuticas, para las que el Código Penal no contempla competencia alguna del Juez o Tribunal sentenciador, correspondiendo la misma al *Juez de Vigilancia Penitenciaria*, de conformidad a lo dispuesto en el artículo 94 de la Ley Orgánica del Poder Judicial.

Este criterio interpretativo ha sido sancionado por la jurisprudencia del Tribunal Supremo, pudiendo citarse al respecto los autos de 14 de marzo del 2007 y de 8 de octubre del 2009.

El reciente auto de 16 de diciembre del 2009, en su razonamiento jurídico segundo, establece: «(...) Así el artículo 97 del Código Penal atribuye al órgano sentenciador la decisión sobre el mantenimiento, sustitución o suspensión de las medidas de seguridad previo informe del Juez de Vigilancia Penitenciaria, decisión que, en ningún caso, incluye *los permisos de salida terapéuti-*

***ca, que no suponen la modificación de la medida impuesta y que en la legislación penitenciaria son competencia del Juez de Vigilancia Penitenciaria.***

Por otro lado, cuando el artículo 101 apartado 2 del Código Penal establece que el sometido a la medida no podrá abandonar el establecimiento sin autorización del Juez o Tribunal sentenciador, conforme a lo establecido en el artículo 97 del Código Penal, no se está refiriendo, evidentemente, a los permisos de salidas temporales, sino al abandono definitivo del establecimiento por cumplimiento de la medida, sustitución o suspensión, decisión que compete única y exclusivamente al Tribunal sentenciador, al igual que el licenciamiento definitivo de un interno en un Centro Penitenciario ordinario de cumplimiento solo puede aprobarlo el órgano sentenciador y no el Juzgado de Vigilancia Penitenciaria.

Por último, al Juzgado de Vigilancia Penitenciaria, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 94 de la Ley Orgánica del Poder Judicial, le corresponde ejercer las funciones jurisdiccionales previstas en la Ley General Penitenciaria en materia de ejecución de penas privativas de libertad y medidas de seguridad de los internos en los establecimientos penitenciarios y demás que señale la Ley de la provincia o territorio correspondiente a su demarcación.

En resumen, las autorizaciones judiciales para salidas terapéuticas no son competencia del Juez o Tribunal sentenciador, debiendo el correspondiente

centro o institución donde se encuentre ingresado el sometido a una medida de seguridad privativa de libertad dirigirse al Juez de Vigilancia Penitenciaria a estos efectos.

### **3.2. Sustitución, suspensión o cese de la medida de seguridad**

Por lo que respecta al segundo supuesto, el relativo a la sustitución, suspensión o cese de la medida de seguridad impuesta en sentencia firme al acusado/procesado, debemos decir, como ya más arriba ha quedado apuntado, que ***la competencia para tales pronunciamientos*** sí que ***corresponde al Juez o Tribunal sentenciador***, si bien ***a propuesta del Juez de Vigilancia Penitenciaria.***

Ello quiere decir, en la práctica, que cualquier alteración en la aplicación de la medida de seguridad que comportara su cese, suspensión o sustitución ***debe proponerse motivadamente*** por el Centro o Institución donde se encuentre internado el sometido a la medida de seguridad ***al Juez de Vigilancia Penitenciaria*** competente, quien, a su vez, elevará propuesta al Juez o Tribunal sentenciador, propuesta que, como mínimo, habrá de ser anual, por lo que, en su caso, de no haber iniciativa al respecto por parte del Centro o Institución de que se trate, habrá de ser él quien requiera informe al respecto, aún cuando fuera para proponer el mantenimiento de la medida de seguridad impuesta.



---

# PUNTO DE VISTA MÉDICO-FORENSE EN LA EVALUACIÓN DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD DE LARGA DURACIÓN: PROFUNDIZACIÓN EN EL CONCEPTO DEL *INSIGHT*

---

MONTSERRAT VILELLA SÁNCHEZ

*Médico forense. Institut de Medicina Legal de Catalunya, Barcelona.*

Recepción: 03-03-11 / Aceptación: 17-03-11

## 1. VALORACIÓN MÉDICO-FORENSE DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD DE LARGA DURACIÓN

Desde el punto de vista médico-legal, las medidas de seguridad de larga duración presentan diferencias en su valoración respecto a otras medidas y es de gran importancia en esta valoración la revisión del concepto de *insight*, que además también es de gran interés para la valoración del riesgo de violencia.

Como indicaba, la valoración de la medida de seguridad de larga duración, generalmente impuesta por delitos graves, es un caso especial dentro de la valoración médico-forense. Es necesario conocer adecuadamente el procedimiento judicial y la participación concreta de los juzgados de vigilancia penitenciaria y las audiencias (con las diferencias expresas que esto implica). Deberán hacerse valoraciones durante la evolución,

tanto al inicio del cumplimiento como a más largo plazo (y para ello el concepto de *insight* es muy importante). En estas valoraciones es de gran trascendencia la valoración del riesgo de reincidencia. Hay que ser consciente de la dificultad especial, en la valoración y en la evolución, que todo ello entraña, por la existencia de comorbilidad con el consumo de sustancias en un gran número de asuntos.

Hay múltiples factores a tener en cuenta como son el delito perpetrado así como la posible existencia de alguna orden de alejamiento asociada, que a veces se olvida. Un segundo factor es el lugar de cumplimiento de la pena (unidad psiquiátrica civil dentro de un hospital psiquiátrico monográfico o unidad de psiquiatría de hospital general, enfermería psiquiátrica en centro penitenciario, la unidad hospitalaria psiquiátrica penitenciaria, los módulos de los centros penitenciarios...). Otro

factor es la patología concreta que el interno con medida de seguridad padece, con la posible comorbilidad asociada a consumo de sustancias. Un factor más a tener en cuenta es la evolución de la sintomatología desde el momento de la admisión en el centro donde se cumple la medida así como el entorno sociofamiliar en el que se halla el paciente, favoreciendo o no una evolución adecuada. El *insight*, precisamente, es otro importante factor a considerar, en tanto que conciencia de enfermedad y conciencia de necesitar tratamiento (con adherencia terapéutica). Estos factores aluden también a su capacidad de mantener un adecuado juicio crítico.

Es de gran importancia entender que la valoración médico-legal de medidas de larga duración debe llevar a una recomendación dirigida al juzgado tanto sentenciador como de vigilancia penitenciaria, que aúne una evaluación de la historia de violencia, el motivo de la imposición de la medida en cuanto a delitos anteriores, especialmente los perpetrados en la infancia. También debe incluirse la patobiografía, los hábitos tóxicos (importancia del consumo de sustancias y de la probabilidad de recaídas), la clínica existente actual y evolución desde el inicio de la medida de internamiento, tratamientos prescritos y su seguimiento, con adherencia y vinculación terapéuticas, y por último nunca olvidar la valoración del riesgo de reincidencia futura (HCR-20, SVR...) <sup>23</sup>.

## 2. *INSIGHT*

### 2.1. Conceptos y modelos

Es un término anglosajón, que tiene su equivalente en el alemán (*Einsicht*) y sin traducción directa castellana. En

castellano, para referirnos a las conductas relacionadas con el vocablo inglés hablamos de conciencia de enfermedad o de necesidad de tratamiento, adherencia y cumplimiento del tratamiento, y también nos referimos a algunas partes del concepto de negación psicoanalítica (ya sea de la enfermedad misma o de un síntoma en concreto).

El *insight* tiene una importancia clínica franca que viene determinado por los factores evolutivos de las enfermedades con los que se asocia. Por ejemplo, los déficits de *insight*, en las psicosis se han relacionado con mayor índice de agresividad e impulsividad, con mayor consumo de sustancias, con una menor adherencia al tratamiento y en definitiva, con un peor pronóstico global.

A diferencia del lenguaje común inglés, en el que el término habla de una capacidad de tener una comprensión clara, profunda y ocasionalmente súbita de un problema o situación complicada, el lenguaje psicopatológico se refiere a la autoconsciencia. Se trata de una distinción con sentido clínico, ya que son frecuentes los pacientes con incapacidad para reconocer los síntomas de la enfermedad que sufren pero mantienen la percepción de los síntomas en las personas que les rodean.

La definición de este concepto que Marková y Berrios <sup>24</sup> hacen desde la Universidad de Cambridge se refiere al autoconocimiento relativo a la enfermedad y las consecuencias que esta tiene en la relación con el mundo. Para ello diferencian dos tipos de modelos, el categorial, es decir la visión de la enfermedad como un fenómeno de todo/nada o bien descrito el *insight* como presente/ausente, y el modelo continuo o dimensional, concebido el *insight* como un fenómeno mental continuado (desde

la plena conciencia de enfermedad a la falta absoluta de la misma). El modelo dimensional puede ser entendido como unitario (*insight* como una función mental homogénea) y multidimensional o multifactorial (entendiéndolo como una función mental compleja con componentes diferentes).

La mayoría de autores hablan desde el punto de vista multidimensional ya que explicaría mejor las numerosas conductas relacionadas con la conciencia de enfermedad en los pacientes. Por ello es el análisis multifactorial el que explica algunos de los comportamientos que aparecen en los pacientes referidos a la manera en que estos se relacionan con su enfermedad y la visión que tienen de cómo esta interfiere en su interacción con el entorno.

David<sup>25</sup>, del londinense *Institute of Psychiatry*, propone tres dimensiones para tratar el *insight* como un fenómeno psicopatológico: la conciencia de padecer una enfermedad, la capacidad de entender las experiencias psicóticas como anormales y el cumplimiento (o adherencia) al tratamiento.

En 1991, Amador y cols.<sup>26</sup>, del *New York State Psychiatric Institute*, proponen un modelo más complejo, entendiéndolo como un fenómeno mental compuesto por la conciencia de padecer una enfermedad (con sus signos y síntomas) así como sus procesos atribucionales (explicaciones que se da el paciente sobre la causa o fuente última de los mismos). Estos componentes están modulados por el factor tiempo, distinguiendo entre conciencia, atribución actual y retrospectiva.

Volviendo a Marková y Berrios<sup>24</sup>, ambos proponen un nuevo modelo pluridimensional basado en la complejidad del fenómeno y la heterogeneidad

de los comportamientos atribuidos a él, con componentes (diferentes a otros modelos) como la aceptación de la necesidad de hospitalización, la percepción de estar enfermo o de cambios en uno mismo, percepción del control de la situación y de los cambios sufridos por el entorno así como el deseo de mantener la situación en la que se encuentra el paciente.

## 2.2. Situaciones clínicas de déficit de *insight*

En 1998, Sackeim<sup>27</sup> indica que para evaluar y describir las diversas manifestaciones comportamentales derivadas de un déficit de conciencia de enfermedad, hay que clasificarlas entre aquellas en las que existe una incapacidad para reconocer los signos y síntomas de la enfermedad, las que realizan una atribución anormal del origen de la enfermedad, las que implican incapacidad de apreciar la imposibilidad de la naturaleza de las experiencias de percepción o de las creencias psicóticas, o de generar representaciones cognitivas apropiadas a pesar del reconocimiento de la enfermedad, aquellas que implican respuestas emocionales o conductuales inapropiadas a pesar del reconocimiento de la enfermedad.

## 2.3. Etiología de los déficits de *insight*

También en 1998, Amador<sup>28</sup> señala dos aproximaciones etiológicas: una como defensa psicológica o mecanismo adaptativo de afrontamiento de la realidad y otra como déficit neuropsicológico o alteraciones cognitivas. Entendiéndolo como una defensa psicológica o mecanismo adaptativo de afrontamiento

to de la realidad, existen formulaciones psicodinámicas que subrayan el hecho de que la falta de conciencia de enfermedad está causada motivacionalmente por el propio paciente debido al significado afectivo especial de la información recibida sobre el *self* (como un tipo de autoengaño). Si se considera una alteración neuropsicológica, punto de vista más contemporáneo, se tratarían de alteraciones en el procesamiento de la información<sup>28</sup>.

Ya en 2009, Varga y cols.<sup>29</sup>, de la Universidad de Oslo, entendieron que existe relación entre las medidas de atrofia cerebral y la conciencia de enfermedad y consideran necesaria la investigación sobre la estructura y función de las regiones corticales específicas incluyendo zonas cortical y parietal.

En 2010, Morgan y cols.<sup>30</sup>, de la Universidad de Westminster, concluyeron que el giro cingulado como parte del sistema cortical, y regiones del hemisferio derecho pueden estar implicados en enfermedades y funciones cognitivas en el primer episodio de la psicosis.

#### 2.4. Evaluación del *insight*

Considero importante recalcar que la evaluación clínica del *insight* no debe hacerse en términos dicotómicos. Amador indica unos criterios para la misma, que implican la necesidad de aceptarlo como un fenómeno complejo y polidimensional, valorar los factores culturales y de creencias, que puede ser parcial (por su categoría dimensional), que puede ser específico de modalidad (de tipos de síntomas) así como cuál ha sido la exposición previa a la información en relación a la naturaleza de su enfermedad.

Existen para esta evaluación algunas escalas clínicas, que no toda la comunidad científica comparte (al menos en su finalidad clínica) debido a la importancia que se otorga a la entrevista clínica con el paciente, familiares y/o personas cercanas, y se identifica mayor utilidad en investigación.

Algunas de las escalas utilizadas o propuestas son:

- ***Insight and Treatment Attitudes Questionnaire***<sup>31</sup>. Entrevista semiestructurada, que incluye el análisis del reconocimiento de la enfermedad y de las actitudes respecto a la medicación, hospitalización y seguimiento.
- ***New Scale: the Assessment of Insight in Clinical Psychiatry***<sup>32</sup>. Para estudios con pacientes esquizofrénicos o depresivos. Se trata de un asesoramiento cualitativo (respecto a la percepción de cambios en sí mismo y en su entorno, reconocer la enfermedad y la necesidad de ayuda) y cuantitativo (niveles de *insight* durante su ingreso hospitalario). Postulan factores como coeficiente de inteligencia, experiencias pasadas y rasgos de personalidad como moduladores.
- ***Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder***<sup>33</sup>. Entrevista semiestructurada, que busca el análisis global (conciencia general de enfermedad, necesidad de tratamiento, consecuencias sociales de la enfermedad) en tiempo pasado y actual.
- ***Schedule for the Assessment of Insight y su versión ampliada*** (para ambas consúltese Kemp y David<sup>34</sup> y Sanz y cols.<sup>34</sup>). Se trata de un inventario heteroaplicado que intenta determinar la conciencia de enfermedad, la capacidad de reconocer experiencias como psicóticas y cum-

plimiento de tratamiento. La versión ampliada incluye la conciencia de cambio y los problemas secundarios a la enfermedad.

- **Self-Appraisal of Illness Questionnaire (SAIQ)**<sup>35</sup>. Cuestionario auto-administrado, que investiga actitudes hacia la enfermedad mental en personas que siguen tratamiento. Los resultados han demostrado que es adecuado como *screening* breve en pacientes con esquizofrenia que reciben tratamiento ambulatorio y tienen riesgo de incumplimiento.
- **Insight Scale**<sup>36</sup>. Se trata de una escala auto y heteroaplicada, que requiere un esfuerzo cognitivo y un nivel cultural suficiente por parte del paciente.
- **The Beck Cognitive Insight Scale (BCIS)** (consúltese Beck y cols.<sup>37</sup>). Ha sido desarrollada para evaluar la autoreflexión de los pacientes y su confianza en las interpretaciones que hacen de sus experiencias. Los primeros resultados de su aplicación indicaron validez para la valoración de los procesos cognitivos del *insight* implicados en la identificación y corrección de las creencias erróneas y las malinterpretaciones.
- **Validación de la versión francesa del SAIQ**<sup>35</sup>, que puede encontrarse en Hunt y cols.<sup>38</sup>. Para el análisis del *insight* relacionado con la falta de cumplimiento del tratamiento, recaídas y rehospitalización.
- **Estudio de la aplicación del SAIQ en pacientes de Taiwan**<sup>39</sup>. Pacientes con esquizofrenia crónica. Según la bibliografía especializada, esta versión taiwanesa muestra consistencia interna.

## 2.5. Concepto de *insight* cognitivo (y diferencia con el concepto de *insight* clínico)

El *insight* cognitivo fue introducido en 2004 para describir la capacidad de los pacientes con psicosis para distanciarse ellos mismos de sus experiencias psicóticas, reflexionar sobre ellas y responder con *feedback* correctivo. Fue estudiado en virtud de la *Beck Cognitive Insight Scale* (BCIS)<sup>37</sup>, que fue diseñada para evaluar aspectos de flexibilidad cognitiva. Los autores indican que tiene validez para evaluar el constructo y diferencia pacientes con o sin psicosis, así como ayuda en la predicción de ganancias resultantes del tratamiento. Los resultados preliminares de la investigación, presentados por Riggs, Grant, Perivoliotis y Beck<sup>40</sup>, apuntan a que existe correlación entre neurocognición, cognición social y reducción del volumen del hipocampo.

Cooke y cols.<sup>41</sup>, que investigan el *insight* cognitivo en psicosis y valoran la relación entre seguridad en uno mismo y autorreflexión, llegaron a la conclusión que el *insight* cognitivo estaría vinculado a los procesos neuropsicológicos y funciones ejecutivas así como que la mejor seguridad en uno mismo correlacionaría con pobre *insight* cognitivo y estaría relacionada, aunque modestamente, con funciones ejecutivas pobres en personas con psicosis.

La diferencia entre *insight* clínico y cognitivo ha sido estudiada recientemente por Greenberger y Serper<sup>42</sup>, de la americana *Hofstra University*. El estudio consistió en administrar la BCIS<sup>37</sup> a pacientes con trastorno esquizoafectivo agudo y esquizofrenia, para evaluar *insight* cognitivo (no clínico). El *insight* clínico se centraría en la conciencia de

los factores de la enfermedad y el cognitivo en los procesos cognitivos implicados en la corrección de los juicios erróneos.

### 3. VALORACIÓN DEL RIESGO DE REINCIDENCIA Y RELACIÓN CON EL CONCEPTO DE *INSIGHT*

El concepto de riesgo está ligado a la peligrosidad y a la probabilidad (predicción). Existen en nuestra bibliografía diferentes Guías y Protocolos de Predicción de Violencia<sup>23</sup> (HCR-20 para evaluar riesgo de comportamientos violentos; SVR-20 para evaluar el riesgo de violencia sexual y el SARA para el riesgo de violencia contra la pareja).

Existen determinados ítems del HCR-20 que se implican directamente en la relación entre el riesgo de reincidencia en la conducta violenta y el *insight*, ítems del pasado como los problemas con el consumo de sustancias (y su evolución en el tiempo), la existencia de un diagnóstico de un trastorno mental grave (teniendo en cuenta cuándo fue el diagnóstico y su relación con el momento en que se produjo el delito), la psicopatía y los trastornos de la personalidad (como categorías diagnósticas) y evaluando la evolución de la desadaptación (sobre todo en relación a los hechos). O factores presentes como es la falta de introspección que es la capacidad de comprender razonablemente y de evaluar los propios procesos mentales, reacciones y autoconocimiento; la falta de respuesta al

tratamiento (en el momento de la evaluación), la capacidad de buscar ayuda (capacidad de mejorar). En cuanto a los ítems de evaluación futuros, valoraremos como de gran importancia el incumplimiento de los tratamientos prescritos asociada a la motivación de lograr mejoras y la voluntad de cumplir con los tratamientos prescritos.

Otra guía como es el SVR-20 también viene conformada con ítems que pueden permitir valorar el *insight*, cuales son la existencia del diagnóstico de psicopatía, de trastorno mental grave, la asociación a problemas relacionados con el consumo de sustancias, el incumplimiento de medidas de supervisión previas y la ideación suicida/homicida.

El SARA como protocolo de valoración en casos de violencia de pareja, evalúa igualmente ítems que correlacionan con el concepto de *insight*, como son la violación de la libertad condicional u otras medidas judiciales, el consumo/abuso reciente de drogas, las ideas o intentos de suicidio u homicidio recientes, los síntomas psicóticos y/o maníacos y el diagnóstico de trastorno de personalidad con ira, impulsividad o inestabilidad emocional. Otros de los ítems son las violaciones e incumplimientos anteriores de órdenes de alejamiento, la minimización extrema o negación de violencia anterior contra la pareja y las actitudes que apoyan o consienten la violencia.

Estas guías sirven de gran apoyo para la evaluación del *insight* y finalmente para la evaluación de la evolución de cada paciente y las medidas de seguridad que les han sido impuestas.

---

# MEDIDAS DE SEGURIDAD DE INTERNAMIENTO EN CENTRO PSIQUIÁTRICO. GESTIÓN Y VALORACIÓN DEL RIESGO DE VIOLENCIA

---

SUSANA MOHÍNO JUSTES

*Doctora en psicología, especialista en psicología clínica. Benito Menni CASM.*

Recepción: 03-03-11 / Aceptación: 17-03-11

## INTRODUCCIÓN

La imposición de medidas de seguridad privativas de libertad en centros psiquiátricos como respuesta penal a los delitos cometidos por enfermos mentales comporta dos aspectos fundamentales. El primero de ellos, desde el punto de vista legal, son los criterios de actuación del hospital psiquiátrico en donde se cumple la medida. Y ya desde el punto de vista clínico, en el segundo cobra especial relevancia la valoración del riesgo de violencia, además de otros aspectos fundamentales del tratamiento de enfermos mentales.

En España y en otras legislaciones europeas, el sistema dualista de penas y medidas de seguridad se hace imprescindible en el Derecho penal. Así el Código Penal (CP) de 1995<sup>43</sup> proporcionó un nuevo sistema de medidas de seguridad, entre ellas las privativas de libertad

y concretamente de internamiento en centro psiquiátrico. La naturaleza y finalidad de la medida de seguridad es asistencial, terapéutica y la de evitar futuros delitos. Se regulan en el CP, concretamente en el capítulo I y II del Título IV (artículos 95 a 108).

Las premisas básicas para aplicar tal medida por tribunales y jueces (previos informes que requieran) son cuatro. Primera, demostrar que el acusado es el autor de la conducta delictiva. Segunda, demostrar que el autor del delito sufre una anomalía o alteración psíquica y que esta tuvo incidencia directa al cometer la conducta. Tercera, demostrar que por la anomalía el autor no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a su comprensión. Cuarta, que del hecho y de las circunstancias personales del sujeto pueda deducirse un pronóstico de comportamiento futuro que revele la probabilidad de cometer

nuevos delitos (artículo 95 del CP). Las medidas de seguridad siempre deben quedar definidas en sentencia (artículo 3 del CP)<sup>43</sup>.

La ejecución de las medidas de seguridad en centros psiquiátricos conlleva, además del tratamiento rehabilitador que le corresponda como persona que padece una enfermedad mental, dos aspectos a considerar en este tipo de pacientes por el terapeuta; a saber, los criterios de actuación que exige la normativa legal y la valoración del riesgo de violencia.

### **CRITERIOS DE ACTUACIÓN DESDE EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO**

La modalidad de ingreso es por Orden Judicial, si bien en la mayoría de los casos, debería tratarse de ingresos programados entre el Coordinador de la Unidad del Hospital psiquiátrico y la *Direcció General de Justícia Juvenil i Mesures Penals Alternatives* (MPA) del *Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya* a efectos de realizar una gestión lo más eficiente posible. Ingresado el paciente, el hospital interesará al Delegado Judicial del MPA asignado a ese caso (persona que realiza el seguimiento del cumplimiento de la medida y referente de la entidad con los órganos judiciales ante cualquier incidencia que se produzca) toda la documentación que se requiera. Imprescindible será copia de la Sentencia (STC), copia de Liquidación condena (si ya se ha practicado), Juzgado de Vigilancia correspondiente (si ya está asignado), copia de otras causas pendientes, copia de STC de incapacidad y tutor (si está incapacitado), copia de información relevante del expediente (informes médicos...).

### **CRITERIOS DE ACTUACIÓN ORDINARIOS**

El profesional que atiende al paciente presenta la obligación de por un lado, emitir informes del enfermo (al ingreso, de seguimiento y al finalizar o liquidar la medida). De otro lado, solicitar si se requiere, salidas terapéuticas (con familia, vistas médicas, talleres...) ya que el enfermo sujeto a una medida de seguridad privativa de libertad no podrá abandonar el establecimiento sin autorización Judicial. La solicitud de salidas terapéuticas se realiza por escrito motivado a través del Delegado Judicial al Juzgado de Vigilancia Penitenciaria que es el organismo competente para autorizar las salidas terapéuticas<sup>44</sup>.

### **CRITERIOS DE ACTUACIÓN EXTRAORDINARIOS**

Se pueden considerar dos tipos de actuaciones. En primer lugar, propuesta del centro psiquiátrico donde cumple la medida del cambio de esta por necesidades terapéuticas: suspensión, cese o sustitución. En segundo lugar, actuaciones del profesional ante situaciones excepcionales: fuga y evasión, derivación urgente a otro hospital y agresiones. En cuanto al cambio de medida, si clínicamente se considera, debe interesarse por escrito motivado a través del delegado judicial al Juzgado de Vigilancia Penitenciaria, juzgado competente para elevar propuesta (al menos anual) al juzgado sentenciador o de ejecutorias. El juzgado sentenciador es el único competente para pronunciarse acerca del mantenimiento, suspensión, cese o sustitución de la medida.

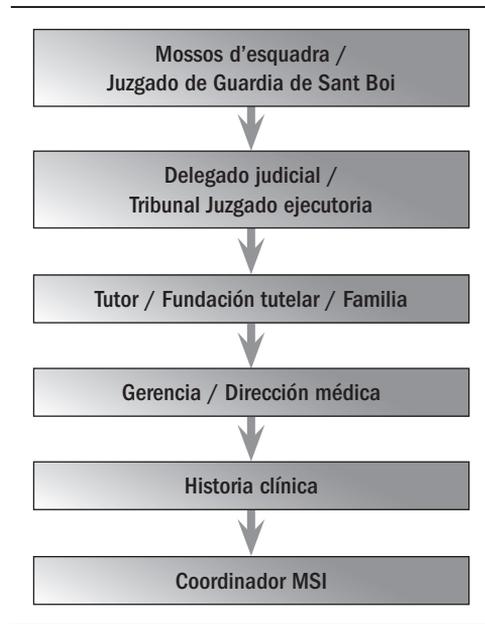
Respecto a la actuación del profesio-

nal en situaciones excepcionales debe mencionarse aquí la fuga/evasión, la derivación urgente a otro centro sanitario y las agresiones.

En el supuesto de fuga/evasión el modo de proceder será el siguiente: primero, esta se comunicará mediante fax al Juzgado en funciones de guardia del Partido Judicial en donde se ubique el centro psiquiátrico y a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado competentes. Segundo, la fuga/evasión también se comunicará mediante teléfono y fax al delegado judicial y al juzgado sentenciador o de ejecutorias. Tercero, se comunicará al tutor y a la familia en los casos que proceda. Cuarto, se comunicará a Gerencia y a Dirección Médica del hospital. Y quinto, se registrarán las actuaciones realizadas en la historia clínica. La figura 1 ilustra esta secuencia de criterios de actuación ante la fuga/evasión; MSI está por medida de seguridad de internamiento. En el caso de reingreso ordenado por Juzgado o de retorno por propia voluntad, se comunicaría mediante cese de desaparición a los organismos expuestos en la misma figura 1.

En el supuesto de ser necesario derivar al paciente de manera urgente y vital (no en visitas programadas, que se solicitarán como salidas terapéuticas) a otro hospital por no disponer en el que se encuentra el paciente de los medios necesarios, se procederá según refleja la figura 2; MSI está por medida de seguridad de internamiento. En primer lugar, se contactará con el número telefónico 112 tanto para trasladar al paciente con acompañamiento de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado competentes como para mantener informado al Juzgado de Guardia. Segundo, se contactará con tutor y familia, si procede,

**FIGURA 1**  
**Criterios de actuación**  
**en caso de fuga/evasión**



**FIGURA 2**  
**Criterios de actuación**  
**en caso de derivación urgente**  
**a otro centro sanitario**



para informarles de lo sucedido y del hospital al que se deriva al paciente. Tercero, se registrarán las actuaciones realizadas en la historia clínica del paciente. Se informará al Delegado Judicial y al Tribunal o Juzgado Ejecutor.

En el supuesto de agresiones, se actuaría como en los casos anteriores, requiriéndose o no el servicio 112.

## VALORACIÓN DEL RIESGO DE VIOLENCIA

La violencia es, según la OMS, «el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones»<sup>45</sup>.

Para Andrés Pueyo y Redondo<sup>46</sup>, de la definición de violencia se deduce que esta no es simplemente una conducta, ni una respuesta emocional, ni un síntoma psicopatológico ni un instinto o impulso irrefrenable sino una estrategia psicológica para alcanzar un fin determinado. Para los autores el agente causal es el individuo que actúa en un contexto que facilita y estimula la aparición de la violencia y que posee cinco propiedades. La complejidad, por ser una estrategia psicológica que incluye componentes cognitivos, actitudinales, motivacionales que se interrelacionan con finalidades específicas. La heterogeneidad, por su manera de ejercerla. La multicausalidad, por la necesidad de coincidencia en el tiempo de muchas variables que no suelen combinarse con mucha frecuencia. La intencionalidad, la decisión de actuar violentamente vie-

ne influida, no causada, por factores biológicos, psicológicos y sociales. Por último la infrecuencia del fenómeno y de ahí la dificultad para predecirla.

Valorar el riesgo de violencia en el marco del Derecho penal es trascendental cuando se trata de aplicar medidas de seguridad en sujetos que ya han delinquirido (artículos 95 a 108 del CP), en la suspensión de la ejecución de la condena (artículos 80 a 87 del CP) o en su sustitución (artículos 80 a 89 del CP), en el establecimiento de la libertad condicional (artículos 90 a 93 del CP) y en la individualización de la pena (artículo 66 del CP).

## ENFERMEDAD MENTAL Y VIOLENCIA

La relación entre enfermedad mental y violencia ha sido objeto de debate a lo largo de toda la historia, aunque la bibliografía ha sido escasa e inconsistente. Muchos profesionales creían que relacionar ambos conceptos era un artificio que alimentaba la estigmatización. Después de la II Guerra Mundial se llevaron a cabo estudios epidemiológicos para contestar el interrogante: ¿existe o no relación entre la enfermedad mental y la conducta violenta? El estudio ECA (*Epidemiological Catchment Area*)<sup>47</sup> concluyó que los trastornos mentales severos se relacionaban con la violencia y que el incremento era cinco veces superior a la población sin trastornos mentales. Además de que el trastorno mental junto con el abuso de tóxicos incrementaba el riesgo hasta 10 veces. En la misma línea, otros resultados dan fe de que los trastornos psicóticos, trastornos de personalidad y consumos de tóxicos son variables que

influyen en el comportamiento violento en pacientes psiquiátricos<sup>48</sup>.

No obstante, todavía no existe un consenso en la relación violencia enfermedad mental. Algunos autores concluyen que los trastornos mentales aumentan cinco veces el riesgo de conducta violenta<sup>47</sup> y que se asocia con sintomatología positiva<sup>49</sup>, sobre todo los síntomas de amenaza y control externo (TCO)<sup>50</sup>. Contrariamente otros autores concluyen que la enfermedad mental no se relaciona con la violencia<sup>51</sup>. Finalmente, otros resultados relacionan la violencia con otras variables que no son la enfermedad mental. Resultados de estudios ecológicos encuentran odds ratio de 2,7 para pacientes que viven en condiciones de pobreza con niveles socioeconómicos bajos<sup>52</sup>. De los resultados de la literatura se puede deducir que primero, el abuso de sustancias tóxicas y en combinación con enfermedad mental se relaciona con la violencia. Segundo, los factores sociodemográficos contribuyen significativamente en la violencia. Tercero, los resultados acerca de síntomas psiquiátricos son inconsistentes en relación con la violencia. Además, los estudios acerca del riesgo de violencia presentan sus limitaciones metodológicas tanto por la falta de consenso en su definición como por el método de medida del fenómeno, entre otras.

## **VALORACIÓN DEL RIESGO DE VIOLENCIA. APROXIMACIÓN HISTÓRICA**

La valoración de riesgo ha sufrido transformaciones a lo largo del devenir temporal. Se han adoptado diferentes modelos de evaluación. Esbec<sup>53</sup>, los resume en cinco etapas.

En la primera generación, hasta 1970, la etapa de los juicios clínicos no estructurados, tanto la valoración de la peligrosidad como las decisiones sobre riesgo de violencia era una cuestión subjetiva e intuitiva. Estaba basada únicamente en el juicio y experiencia de profesionales. En la segunda generación, década de los 70 y 80, la etapa de la investigación empírica, se comenzó la investigación. Se basó en tres creencias: que peligrosidad era un concepto médico-legal, que la peligrosidad era un concepto dicotómico, que los expertos podían realizar predicciones acertadas. Durante esta segunda generación se enfatizaron variables como la historia delictiva, los factores de oportunidad (abandono de medicación) y los desencadenantes (el consumo de tóxicos, entre otros). En la tercera generación, mediados de los 90, métodos actuariales, implicó la predicción de la conducta de un individuo sobre la base de cómo otros sujetos han actuado en situaciones similares. Esta generación conllevó un procedimiento formal, algorítmico y estadístico, no obstante, recibió críticas. Las investigaciones se realizaron con muestras muy específicas lo que afectó a la generalización. Las conductas violentas tenían que ser detectadas por el sistema judicial lo que podría desinflar cifras reales de reincidencia. Los métodos actuariales se basan mucho en factores estáticos (inmodificables) y por tanto no genera estrategias para la prevención. En la cuarta generación, año 2000, etapa del método mixto, se basó en la combinación de métodos con la finalidad de mejorar la predicción. El concepto de peligrosidad se reemplazó por un pensamiento probabilístico dimensional. En la quinta generación, presente y futuro, etapa del árbol de de-

cisiones, se pretenderá saber cuándo y bajo qué condiciones podría ocurrir un incidente violento.

Actualmente, se siguen tres grandes procedimientos para la valoración del riesgo de violencia, clínico no estructurado, actuarial y clínico estructurado<sup>46</sup>. El modelo clínico no estructurado está basado en la opinión del profesional. No hay protocolos ni reglas explícitas. Existe libertad de criterio para cada profesional. Sus deficiencias consisten en el bajo nivel de acuerdo entre jueces, es decir baja fiabilidad, escasa precisión, insuficiente justificación teórica, no posibilidad de replicar, falta de transparencia ya que no se especifican qué factores de riesgo se han considerado. El modelo actuarial, se caracteriza por ser un registro detallado de todos los datos relevantes de la historia personal del sujeto que se relacionan con el criterio a predecir. Existe ponderación de la información en función de su importancia, por medio de reglas de combinación matemáticas. Estas reglas permiten obtener una puntuación de probabilidad determinada que refleja el riesgo de que suceda la conducta. No existe ningún modelo teórico que explique las conductas. La principal ventaja respecto al anterior es el aumento de la fiabilidad entre evaluadores y la mayor transparencia, ya que los factores de riesgo, su combinación e importancia están especificados de antemano. El inconveniente de este modelo está en relación directa con la variabilidad interindividual de los grupos. Cuanto mayor es la heterogeneidad de los individuos dentro de un grupo más inadecuada es la utilización de técnicas actuariales. Los modelos actuariales son generalizaciones grupales aplicadas a los individuos. Estos instrumentos seleccionan factores de

riesgo porque se asociaron estadísticamente con la violencia en una muestra. Pero esas asociaciones con esa muestra determinada no garantizan su existencia en otras muestras. Es decir, el problema de los métodos actuariales es la dependencia que tienen con la muestra. El juicio clínico estructurado es una evaluación mixta clínica-actuarial. Requiere del evaluador decisiones basadas en el conocimiento de la violencia y de los factores de riesgo (se ayuda de las guías de valoración). Las guías son protocolos de actuación que especifican la manera de recoger la información. Este método no introduce restricciones ni orientaciones sobre la toma de decisiones, que sí hacen los actuariales. Estas guías ayudan a soslayar olvidos y aseguran que se evalúen todas las áreas. La decisión final es del profesional no del protocolo.

## **GUÍA PARA LA VALORACIÓN DEL RIESGO DE VIOLENCIA EN ENFERMOS MENTALES**

La Guía para la valoración del riesgo de violencia (HCR-20)<sup>54</sup> es una guía protocolo para valorar el riesgo de violencia en pacientes con trastorno mental o personas con historia previa de delito violento. HCR-20 ha sido adaptado al español por el grupo de estudios avanzados en violencia de la universidad de Barcelona<sup>55</sup>. La adaptación corresponde a la segunda edición original. Se ubica dentro de la evaluación de juicio clínico estructurado. El objetivo es evaluar el riesgo de violencia física. El tipo de población para la que fue diseñado es psiquiátrica, forense y penitenciaria, mayores de 18 años. Para su administración se requiere de un lado, varias fuentes de

información y de otro, estar familiarizado con la bibliografía de la violencia. Para su desarrollo se usó un criterio lógico y racional en la selección de los ítems en contraste con la selección empírica del ítem de los instrumentos actuariales. No utiliza puntos de corte. Requiere que el clínico se pronuncie sobre una clasificación no numérica que estima el riesgo bajo, moderado o alto sobre la base de: primero, la presencia de factores de riesgo; segundo, la relevancia de los factores de riesgo en ese caso particular; tercero, el grado de la capacidad de manejo e intervención que requiere para minimizar el riesgo.

La guía se compone de 20 factores de riesgo que se agrupan en tres subescalas sobre factores pasados, presentes y futuros. Los 10 ítems de carácter histórico, son de carácter estático y recogen los antecedentes. Se trata de factores de riesgo que han transcurrido en la biografía de una persona y son cruciales para entender el riesgo actual o futuro. Se incluyen la violencia previa, edad del primer incidente violento, relaciones inestables de pareja, problemas relacionados con el empleo, problemas con el consumo de sustancias adictivas, trastorno mental grave, psicopatía, desajuste infantil, trastorno de personalidad, incumplimiento de supervisión. Los cinco ítems clínicos, son de carácter dinámico y hacen referencia al presente. Su objetivo es valorar el funcionamiento actual. Los cambios en esta subescala suceden en breves períodos de tiempo. Se han de reevaluar de forma regular. Se recomienda en las personas de alto riesgo reevaluaciones más frecuentes que los de bajo riesgo. Incluyen la carencia de introspección, actitudes negativas, presencia actual de síntomas de trastorno mental grave, impulsividad

y no respuesta al tratamiento. Los cinco ítems de gestión del riesgo, de carácter dinámico, son factores de riesgo situacionales futuros que se anticipan sobre la base de los históricos y clínicos. Su finalidad es evaluar el ajuste de una persona a futuras circunstancias. Ayuda a desarrollar planes futuros de intervención y de manejo del riesgo. Se han de reevaluar periódicamente juntamente con los clínicos. Incluye la ausencia de planes de futuro viables, exposición a factores desestabilizantes, carencia de apoyo social, incumplimiento de los tratamientos prescritos, alto nivel de estrés experimentado.

La codificación debe realizarse en función de si la persona se encuentra institucionalizada (in) o en un entorno comunitario (out). Se asigna la puntuación de 0 si la información contraindica la presencia del ítem. Se puntúa con 1 si la información disponible sugiere la posible presencia del ítem. La puntuación de 2 se establece si el ítem se encuentra presente.

La puntuación final depende de criterios clínicos, dado que los ítems no tienen peso estadístico. Asimismo, los autores del instrumento especifican que para objetivos clínicos tiene poco sentido sumar el número de ítems aunque para fines de la investigación admiten el sumatorio. El instrumento no proporciona puntos de corte, son los clínicos los que deben establecer el resultado basándose en la evaluación estructurada. La valoración final del riesgo se realiza en tres categorías: alto, moderado y bajo riesgo. La categoría alto riesgo indica que bastantes factores de riesgo están presentes y que se requiere máxima supervisión y monitorización. La categoría bajo riesgo supone escasos factores y mínima supervisión y monitorización.

No obstante, hay que considerar que la relación entre la cantidad de factores presentes y el riesgo de violencia probablemente no es lineal.

Son diversos los estudios que aportan datos acerca de las propiedades psicométricas. En cuanto a la fiabilidad el estudio de Dunbar y cols.<sup>56</sup> investigó la consistencia interna de la segunda versión de la HCR-20 en una muestra penitenciaria de 204 varones. Los resultados pusieron de manifiesto unos coeficientes alpha más que aceptables —para la escala Histórico (H) ,94; para la escala Clínica (C) ,90; para la escala de gestión (R) ,95—. En cuanto a la fiabilidad entre observadores algunos autores aportan coeficientes muy elevados ,95<sup>57</sup>, otros aportan coeficientes más bajos tanto para hombres ,77 como para mujeres ,75<sup>58</sup>. En cuanto a la validez la mayoría de autores aportan datos acerca de la validez predictiva. Las áreas bajo la curva (AUCs) oscilan para la escala H desde ,40 (17)<sup>59</sup> hasta ,85<sup>60</sup>. Para la escala C los valores AUCs fluctúan desde ,46<sup>60</sup> hasta ,80<sup>61</sup>. Para la escala R los valores AUCs oscilan desde ,48<sup>60</sup> hasta ,88<sup>58</sup>.

Otros resultados indican una adecuada validez comparando los instrumentos HCR-20 y la PCL:SV en muestra de pacientes psiquiátricos y en la predicción de ambos en la conducta violenta. Los resultados mostraron que el HCR-20 es útil en la valoración del riesgo de violencia en enfermos mentales, que las variables dinámicas y los ante-

cedentes de violencia son buenos indicadores de la conducta violenta en el contexto hospitalario. El punto de corte que mejor equilibró la precisión en la clasificación de pacientes violentos/no violentos fue de 27 donde la sensibilidad alcanzó un valor de ,73 y la especificidad de ,75.

No obstante, a pesar de los datos expuestos el HCR-20 así como los instrumentos de juicio clínico estructurados presentan una serie de limitaciones. De un lado no se conoce suficiente el papel de algunas variables y estas podrían ser más importantes y prevalentes para un sexo que para el otro. Tampoco en esta guía se recogen los factores de protección en la evaluación del riesgo de violencia. Los factores de protección reducen la probabilidad de que se cometa la conducta violenta. Estos interactúan con los factores de riesgo y ofrecen explicación acerca de que dos personas con los mismos factores de riesgo se comporten de manera diferente<sup>62</sup>.

Finalmente, señalar que el último objetivo de valorar el riesgo de violencia es reducir el riesgo de una persona de cometer conductas violentas, es decir, establecer una adecuada gestión del riesgo. Por tanto, se hace necesario investigar e implementar planes de gestión que permitan minimizar el riesgo de conductas violentas, es decir, fomentar el derecho de los enfermos mentales a recibir una atención personalizada en esta cuestión.

---

V

**LA EXPERIENCIA DEL DELEGADO  
JUDICIAL, EL PSIQUIATRA  
Y EL MÉDICO FORENSE**

---



---

# EL DELEGADO JUDICIAL DE MEDIDAS PENALES ALTERNATIVAS: INTERVENCIÓN Y SEGUIMIENTO

---

MARÍA LUISA ENRÍQUEZ ROMERO

*Psicóloga, Perito, Delegada de ejecución de medidas de seguridad de internamiento, equipo de tratamiento del Servei de Mesures Penals Alternatives (provincia de Barcelona). Departament de Justícia, Generalitat de Catalunya*

Recepción: 03-03-11 / Aceptación: 17-03-11

A través del presente artículo, intentaré explicar cuáles son las funciones del Delegado Judicial, partiendo de mi propia experiencia como Delegada de medidas de seguridad de internamiento durante aproximadamente cinco años.

Para dar respuesta a cuál es el papel del Delegado de Medidas Penales Alternativas, concretamente el referido a la ejecución de las Medidas de Seguridad, considero oportuno realizar una breve introducción jurídica al concepto de medida de seguridad, que sin duda alguna facilitará la comprensión posterior de las funciones del Delegado Judicial.

## 1. MEDIDAS DE SEGURIDAD

Las medidas de seguridad están reguladas en el artículo 95 y siguientes del Código Penal. Se diferencian dos supuestos de aplicación, las medidas de

seguridad por eximentes completas recogidas en los artículos 101, 102 y 103 y las medidas de seguridad por eximentes incompletas, recogidas en el artículo 104.

Las medidas de seguridad se aplican en aquellos casos en los que se contempla una atenuante o eximente debido a la presencia de un trastorno mental, alteración de la percepción y/o actuación bajo efectos de drogas que requieren un tratamiento adecuado que permita una rehabilitación del individuo y una disminución del riesgo.

Estas medidas pueden ser privativas de libertad, en cuyo caso hablaremos de internamientos, o bien no privativas de libertad, que consistirán en tratamientos del mismo tipo pero a nivel ambulatorio. Estas medidas de seguridad privativas de libertad se llevarán a cabo en centros psiquiátricos, de deshabitación o de educación especial.

A partir de estos momentos me centraré exclusivamente en las medidas de seguridad privativas de libertad.

## **2. MEDIDAS DE SEGURIDAD PRIVATIVAS DE LIBERTAD: INTERNAMIENTO**

En relación a estas medidas de seguridad, hemos de tener muy presentes las siguientes cuestiones jurídicas ya que incidirán directamente en su cumplimiento y en la intervención del Delegado:

Los internamientos no podrán nunca exceder el *tiempo* que hubiera durado la pena de prisión si el sujeto hubiese sido declarado responsable; este límite temporal vendrá recogido en sentencia (artículos 96.3 y 105).

Respecto a las medidas de seguridad de internamiento destacar que las personas sometidas a estas medidas no podrán abandonar los establecimientos en los que estén ingresados sin *autorización judicial*.

Y según queda establecido en el artículo 97, se prevé que *durante la ejecución de la sentencia* el Juez o el Tribunal podrá adoptar, mediante un proceso contradictorio y a propuesta (como mínimo anual) del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria, la decisión de mantener la medida, decretar el cese (si ha desaparecido la peligrosidad criminal), sustituirla por otra más adecuada o suspender la ejecución.

Tras estas breves pero a mi parecer fundamentales puntualizaciones jurídicas, centraré la exposición en las funciones del Delegado de Medidas de Seguridad de internamiento en la provincia de Barcelona.

## **3. FUNCIONES DEL DELEGADO DE EJECUCIÓN DE MEDIDAS DE SEGURIDAD DE INTERNAMIENTO**

Para que el delegado pueda iniciar su intervención, es preciso que el Juzgado o Sala responsable de la Ejecución de la medida oficie al *Servei de Mesures Penals Alternatives del Departament de Justícia* del gobierno autónomo. Una vez recibimos el Oficio, el expediente que contiene esa medida de seguridad será asignado a un delegado, que pasará a convertirse desde ese momento en el Delegado Judicial referente.

### **3.1. Revisión de la documentación**

Lo primero que debe realizar el Delegado Judicial (a partir de ahora, DEM: Delegado de Ejecución de Medida) es revisar toda la documentación que contiene el expediente, la sentencia, informe forense y otros informes, así como conocer la localización del penado.

De toda esta información inicial el DEM debe tener bien definidos los siguientes datos: fecha de los hechos, hechos probados, circunstancias concurrentes en el momento de los hechos, diagnóstico forense, imposición de órdenes de alejamiento y ubicación actual del penado.

### **3.2. Valoración actual**

El siguiente paso será el de conseguir una valoración actual del estado del penado. Para ello deberá proceder a establecer las coordinaciones que considere pertinentes. Mantendrá entrevistas con la familia, con los referentes de los cen-

tros de tratamiento, con el abogado, con el equipo del Centro Penitenciario si se encuentra allí ubicado, así como entrevista con el propio penado.

En las Medidas de Seguridad de internamiento tanto si es una medida de deshabitación, psiquiátrica o de internamiento en centro de educación especial, lo más frecuente es encontrar al penado en *Centro Penitenciario*, a la espera de derivación a centro de cumplimiento adecuado. En el caso de que se trate de una medida de internamiento psiquiátrico estará ingresado en Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria y en el caso de que se trate de un internamiento para realizar un tratamiento de deshabitación, estará ubicado en Módulo de dicho centro penitenciario. El DEM establece coordinación, de igual forma, con el equipo terapéutico, con el penado y si lo considera necesario con familiares y otros referentes terapéuticos que le permitan obtener una mayor información.

En otras ocasiones, el penado se encuentra en su *domicilio*. En este caso pueden darse muchas situaciones dependiendo del perfil y problemática del penado, pero a modo de ejemplo citaré dos posibles situaciones y el modo de actuación del Delegado.

### 3.3. Casos ejemplo

a) Puede ocurrir que desde que se produjeron los hechos, el penado precisara un ingreso psiquiátrico involuntario a través del cual se consiguió su estabilización y consecuentemente se procedió al alta terapéutica, quedando desde ese momento el penado vinculado a un centro de tratamiento ambulatorio. De tal forma que en el momento en el que el DEM cita al

penado, este se muestra estable, con conciencia de su problemática y de la necesidad de tratamiento. El DEM establece coordinación con el equipo de tratamiento referente y siempre y cuando este informa sobre el estado actual y la necesidad de internamiento, el DEM valorará esta propuesta junto con el resto de información de la que disponga y hará llegar al Juzgado correspondiente una propuesta para el cumplimiento de la medida. Así, en este caso podrá proponer al Juzgado que pueda darse cumplimiento a la medida *continuando con el tratamiento ambulatorio* que el penado ya está llevando a cabo, pese a que en la sentencia aparezca una medida de seguridad de internamiento.

b) También puede ocurrir que el penado, pese a que le fuera impuesta una medida de seguridad que implicara un internamiento, se encuentre en domicilio. Supongamos que a pesar de ser conocido por el centro de tratamiento ambulatorio de referencia, el penado no realice el tratamiento y no muestre ninguna conciencia de problemática psiquiátrica. Estos casos son los más complicados para el DEM, ya que hasta que se produzca el ingreso suponen una importante situación de riesgo. En la mayor parte de estos casos, la familia se encuentra totalmente desbordada y atemorizada ante la situación y en el penado suele darse un problema de consumo de tóxicos. En estos casos el DEM debe intentar *que el penado ingrese lo antes posible*, para intentar controlar la situación de riesgo, obtener un claro diagnóstico sin la presencia de consumo de tóxicos y para instaurar un tratamiento adecuado y lograr una

estabilidad que permita una intervención. Dentro de estas situaciones estarían muchos de los casos que son derivados a la Unidad de Patología Dual.

- c) Y otro caso que podría darse sería el de encontrar al *penado ya ingresado en un centro* (hospital psiquiátrico, comunidad terapéutica). En este caso se informará al centro de la medida de seguridad existente y al Juzgado de las características del centro y cuál es el plan de trabajo establecido para el penado. Entonces deberemos esperar a la aprobación por parte del Juzgado. Si el Juzgado no acepta el centro propuesto deberá derivarse el penado a otro centro de cumplimiento. Estas situaciones son más frecuentes en las medidas de seguridad de internamiento para tratamiento de deshabitación. Aquí podríamos citar infinitas situaciones que los DEM hemos ido afrontando a lo largo de los años. La razón estriba en que en cada uno de los casos se dan múltiples variables que afectan a la situación del penado, la presencia de más de un trastorno, la problemática añadida de consumo de tóxicos, la presencia de varias causas judiciales pendientes, etc.

Así pues, tanto si el penado se encuentra en centro penitenciario, en su domicilio o en un centro, el DEM deberá mantener todas las coordinaciones que le permitan obtener la máxima información posible con el fin de dirigir al Juzgado correspondiente la propuesta de cumplimiento que se considere adecuada, especificando tanto el tipo de centro como la modalidad del cumplimiento (internamiento/ambulatorio).

#### **4. ENTREVISTAR, COORDINAR, PROPONER: ACTUACIONES Y PLAN DE TRABAJO**

Sobre si las propuestas emitidas por el Servicio de Medidas Penales difieren de las medidas impuestas en sentencia, destacar que básicamente pueden observarse cambios relativos a la modalidad del cumplimiento derivados de los cambios que se han podido producir en el penado desde la fecha de los hechos hasta el momento actual. O bien, aquellos casos en los que en el momento de los hechos se observaba una sintomatología psiquiátrica y problemas de consumo, por lo que en sentencia se recoge una medida de seguridad en centro psiquiátrico, y a posteriori, ha resultado ser más adecuado un internamiento en Centro de Deshabitación habiéndose comprobado que la sintomatología psiquiátrica había aparecido pero solo en contexto de consumo activo.

Hay que mencionar también otros casos que suponen una gran dificultad a la hora de establecer un centro de cumplimiento adecuado, ya bien por su diagnóstico o bien por el tipo de delito. Me refiero por ejemplo a personas que sufren un déficit intelectual, a diagnósticos de trastornos de personalidad como el trastorno antisocial o el trastorno límite de la personalidad, o a quienes han cometido delitos sexuales como la pedrería. Los Delegados nos podemos encontrar con determinados perfiles que parecen no «encajar» en ningún centro y ante los que hemos de plantearnos formas de cumplimiento alternativas.

El DEM deberá esperar a la resolución del Juzgado o Audiencia sobre la propuesta emitida. Una vez el DEM dispone de la aprobación de la propuesta,

se iniciarán los trámites necesarios para poder disponer de una plaza y proceder al ingreso del penado. En muchas ocasiones, la lista de espera, principalmente para ingresos psiquiátricos, provoca situaciones de riesgo con penados que se encuentran en domicilio y también un importante desgaste por parte de todos los profesionales que intervenimos en la medida, por intentar mantener la situación «controlada» dentro de lo posible, hasta que se disponga de plaza. Respecto a aquellos penados que se encuentran a la espera de plaza en Unidad Psiquiátrica de Centro Penitenciario, se establecerá el plan terapéutico con el equipo de tratamiento con el objetivo de que el penado, pese a estar a la espera de plaza en hospital psiquiátrico civil, pueda iniciar la medida en la Unidad Psiquiátrica de Centro Penitenciario. En el momento en el que se disponga de plaza en la Unidad Psiquiátrica Civil, el penado será trasladado y continuará con el cumplimiento de la medida.

Una vez el penado ingresa en el centro de cumplimiento, el DEM mantendrá coordinación con el equipo de tratamiento y se establecerá el plan de trabajo, el cual será comunicado tanto al Juzgado o Sala como al Juzgado de Vigilancia Penitenciaria. De la misma manera, en este primer informe también se solicitará la fecha de finalización de la medida de seguridad.

A partir de este momento el DEM mantendrá coordinaciones periódicas con el equipo de tratamiento así como entrevistas de seguimiento con el penado. Para ello el DEM, dado que el penado está sometido a una medida de internamiento, deberá trasladarse al centro de cumplimiento. Durante todo el cumplimiento de la medida el DEM deberá informar de cómo se desarrolla la medi-

da, incidencias que puedan producirse, cambios de fase o traslados de Unidad, evolución terapéutica, cambios de centro de cumplimiento, etc. Este seguimiento también implica otras actuaciones paralelas como entrevistas con las familias, coordinaciones con abogados, Fundaciones Tutelares, Servicios Sociales, Juzgados en los que tengan causas pendientes, etc.

Siempre y cuando la medida de seguridad de internamiento evolucione favorablemente, el penado se encuentre estable y el equipo terapéutico así lo considere, podrán solicitarse los permisos que se consideren oportunos como parte fundamental del proceso de reinserción y rehabilitación.

Es por ello que resulta imprescindible informar tanto al Juzgado o Sala responsable de la ejecución de la medida como al Juzgado de Vigilancia que corresponda, ya que de esta manera dispondrán de la información necesaria para poder pronunciarse ante solicitudes de permisos y cambios de modalidad.

De tal forma que al margen de la duración de la medida, que vendrá recogida en sentencia, el penado no deberá permanecer necesariamente todo ese tiempo en régimen de internamiento, pudiendo continuar con el cumplimiento de la medida en régimen ambulatorio, previa propuesta por parte del equipo terapéutico y del DEM y mediante la aprobación correspondiente por parte del Juzgado.

Destacar que en muchas de las medidas de seguridad de internamiento también suelen imponerse órdenes de alejamiento y en muchos casos estas son hacia los familiares. Estas medidas dificultan el proceso de reinserción ya que obstaculizan el desarrollo de permisos y de poder contar con el soporte familiar.

En algunas ocasiones la situación se complica más debido a que la orden de alejamiento finaliza incluso más tarde que la propia medida de internamiento.

## 5. CAMBIO DE MODALIDAD O DE MEDIDA

En general, la situación que va a permitir formular una propuesta de cambio de modalidad (de internamiento a ambulatorio) o de medida (sustitución o suspensión) es que:

- El equipo terapéutico considere adecuado no mantener el tratamiento en régimen de internamiento.
- Que considere que el paciente se encuentra lo suficientemente estable, con una adecuada conciencia de su enfermedad y de necesidad de tratamiento.
- Que el penado disponga de una adecuada red social o familiar de tal manera que disponga de un soporte importante.
- Que, en definitiva, la peligrosidad y el riesgo del penado se considere que haya desaparecido.

En estos casos, pese a que el sujeto no haya llegado a permanecer internado el tiempo fijado en sentencia, el DEM podrá dirigir la propuesta que se considere adecuada al Juzgado.

Una vez se obtenga la resolución del Juzgado en la que se acepte que el penado no continúe ingresado, sino que continúe con el tratamiento de forma ambulatoria desde su domicilio, el DEM deberá establecer coordinación con el centro de tratamiento ambulatorio y establecer un nuevo plan de trabajo y realizar el seguimiento de igual forma, con

la única diferencia que será el penado el que se desplace a la sede del DEM, dado que ya no se encuentra en régimen de internamiento.

Finalmente, cuando se acerca el final de la medida, las acciones a seguir dependerán de la situación del penado. Así, si el penado está ingresado, deberemos valorar junto al equipo de tratamiento si continúa con el tratamiento de forma ambulatoria; si es así, se le vinculará a un centro de tratamiento ambulatorio. En cambio si se considera que debe continuar en centro psiquiátrico, deberá tramitarse un ingreso involuntario y valorar la posibilidad de interponer demanda de incapacitación, ya que como he mencionado en un inicio, la medida de seguridad no podrá exceder de la fecha de finalización que nos aporte el Juzgado, por lo que en estos casos deberá procederse al igual que si se tratara de un ingreso involuntario civil.

## 6. CONSIDERACIONES FINALES

El equipo integrado por los Delegados de medidas de seguridad de internamientos quiere destacar de forma muy positiva las coordinaciones que mantenemos con los centros de cumplimiento. A través de estos espacios se tratan todos los problemas derivados de los penados que se encuentran cumpliendo medidas de seguridad. Estas reuniones nos permiten entender las dificultades de los centros y al mismo tiempo han permitido a los centros un mayor entendimiento sobre estas medidas y los requisitos y obligaciones judiciales que se derivan de su cumplimiento.

Destacar, de igual forma, que a lo

largo de mi experiencia he podido constatar un entendimiento progresivo por parte de todos los intervinientes en las medidas de seguridad de internamiento psiquiátrico. Así, los centros psiquiátricos en la actualidad conocen perfectamente el funcionamiento y lo que implica que una persona se halle cumpliendo una medida de seguridad psiquiátrica en su Centro, y por otro lado los Juzgados aceptan y responden más rápidamente las demandas de los equipos de tratamiento como permisos, cambios de centro y otras propuestas realizadas a través del DEM. Precisamente para agilizar las actuaciones y coordinaciones, el *Servei de Mesures Penals Alternatives* ha creado diversos «protocolos de actuación».

Por último, y a título personal, me gustaría mencionar algunos de los aspectos positivos derivados de la imposición de medidas de seguridad: permite poner límites a importantes situaciones

de riesgo, permite detectar una problemática, obtener un diagnóstico y la instauración de un tratamiento que dé estabilidad y por lo tanto una mayor calidad de vida para el penado, facilita el acceso a recursos sociales que eran desconocidos por el penado, y en los casos de problemática de consumo de tóxicos, como mínimo la persona durante el período de internamiento ha podido mantenerse abstinentes y se le ofrece la oportunidad de disponer de una serie de profesionales dispuestos a ayudarle a abandonar el consumo y a intentar normalizar su forma de vida. En muchos casos, el cambio observado en el penado ha facilitado un acercamiento y soporte de familiares que desbordados por la problemática del penado se habían alejado del mismo. Y en todos los casos en los que el estado del penado lo permite, suponen un proceso de reinserción progresiva.



---

# DIEZ AÑOS DE MEDIDAS PENALES ALTERNATIVAS EN EL HOSPITAL BENITO MENNI. DESCRIPCIÓN Y EXPERIENCIAS

---

JOSÉ MIGUEL CEBAMANOS MARTÍN

*Coordinador del Área de Rehabilitación. Benito Menni Complejo Asistencial en Salud Mental.*

Recepción: 03-03-11 / Aceptación: 17-03-11

El ingreso de una persona como medida penal alternativa (MPA) en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica es decisión judicial. Consiste en el cumplimiento de obligaciones o tratamientos impuestos al autor de un delito como pena alternativa al internamiento en un centro penitenciario. El Juez es asesorado por el médico forense y en ocasiones avalado por informes psiquiátricos. Se programa a través del *Servei de Mesures Penals Alternatives del Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya*. Excepcionalmente el ingreso se produce por vía de urgencias, sin conocimiento previo de dicho Servicio y el nuestro propio. El marco legal es la Ley orgánica 10/1995 de 23 de noviembre del Código Penal, que entró en vigor el 25 de mayo de 1996.

La documentación aportada incluye la sentencia, en la que se hace constar el tipo de delito y la responsabilidad criminal (eximentes completas, eximentes incompletas, atenuantes analógicas). En

la Ejecutoria se hace constar el Juzgado que seguirá el cumplimiento de la sentencia, desde su inicio. Puede que se aporten informes psiquiátricos, pero esto no siempre sucede. La liquidación de condena también puede que se aporte, aunque tampoco siempre; se alude a cuándo comienza y finaliza la medida de seguridad. Desde el *Servei de Mesures Penals Alternatives* se asigna un delegado judicial, con quien se mantendrán contactos periódicos de seguimiento a lo largo de la medida de seguridad de internamiento.

El protocolo de acogida se basa en la historia clínica, con el proceso de valoración y diagnóstico, y la valoración del riesgo de violencia, para la que se tienen en cuenta la violencia previa, el que se trate de un varón joven, el abuso de drogas y alcohol, los rasgos antisociales/límite de personalidad, la toma o no de medicación, la falta de raíces sociales y la presencia de precipitantes. Con la admisión del paciente se procede

a estancia en la sala de observación como medida de observación y seguridad. La estancia es variable, como mínimo de 48 horas, dependiendo de su estado psicopatológico, presencia o no de riesgo de violencia y fuga, y la valoración de cualquier otro riesgo. La integración en la dinámica de la Unidad va teniendo lugar progresivamente y permite el diseño de un programa específico, el Programa Individualizado de Rehabilitación y Reinserción (PIRR). El PIRR permite puntuar el grado del autocuidado (higiene, aspecto personal, integridad física, cuidado del entorno, manejo de la salud), de la clínica existente (síntomas positivos y negativos, manejo del tratamiento, salud física, abstinencia), de aspectos cognitivo-emocionales (memoria, atención, función ejecutiva, lenguaje, praxias, gnosias, razonamiento, estabilidad emocional, control de impulsos, *insight*), de aspectos sociofamiliares (contacto y clima familiar, reinserción comunitaria, disponibilidad económica, relaciones sociales), de autonomía personal (gestión económica, movilidad en el entorno, manejo doméstico, gestión burocrático-administrativa, disponibilidad económica) y de ocupación y tiempo libre (gestión de citas, actividades de ocio, habilidades básicas, normas sociales, intereses, aficiones). Las puntuaciones se distribuyen en un rango de valoración específica del PIRR, que incluye preservación (0), alteración leve (1), alteración moderada (2), alteración grave (3), alteración muy grave (4) y alteración no valorable (9).

El PIRR es la estructura que formaliza el trabajo terapéutico con el paciente mediante el establecimiento de los objetivos terapéuticos de rehabilitación, fruto de la valoración interdisciplinar y bajo revisión semestral. Los objetivos tera-

péuticos se intentan conseguir mediante los siguientes tipos de intervenciones: terapia de rehabilitación psicosocial grupal, es decir, actividades psicoeducativas de carácter multidisciplinar, que incluyen intervenciones para el desarrollo de la autonomía y actividades de la vida diaria, actividades deportivas y de psicomotricidad, y actividades de rehabilitación cognitiva. También las actividades ocupacionales y talleres creativos tanto intrahospitalarios como extrahospitalarios y, en fin, las actividades de ocio y tiempo libre.

Llegados a este punto procede contextualizar las admisiones debidas a medidas de seguridad de pacientes que ingresan en la Unidad de Media y Larga Estancia de Benito Menni CASM, para lo que van a ser de ayuda los gráficos que siguen.

En el gráfico 1 pueden verse los ingresos en dicha Unidad de media y larga estancia a lo largo de la década 2000-2010. Han aumentado considerablemente los ingresos en la Unidad de media y larga estancia desde 2008. En dicho año y los dos sucesivos se ingresaron aproximadamente tantas personas como en los seis años previos, de 2002 a 2007. Por lo que hace a la relación entre admisiones judiciales (medidas de seguridad de internamiento) y admisiones voluntarias/involuntarias, puede decirse que en los últimos tres años aproximadamente una cuarta parte de ingresos de la Unidad de media y larga estancia han sido medidas de seguridad.

La procedencia de estos ingresos por medida de seguridad se distribuye según muestra el gráfico 2. Los cuatro primeros suman poco más que un 10%. Del centro penitenciario de Brians (Brians en el gráfico) procede casi un 5%. Más de un 11% proceden de otros hospitales

GRÁFICO 1  
**Ingresos en la Unidad de Media y Larga Estancia**

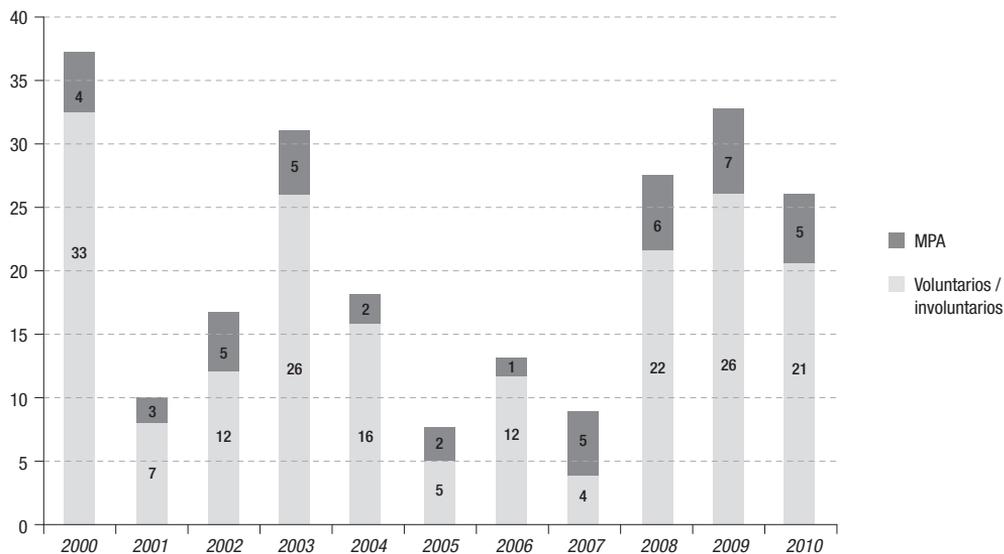
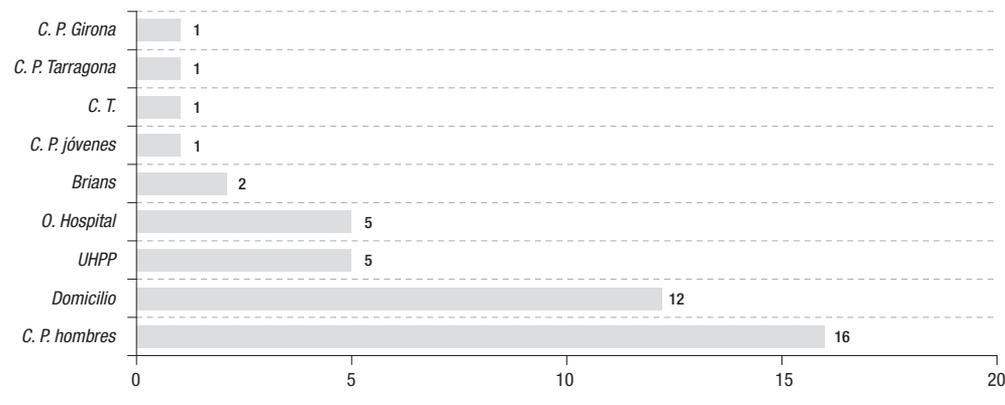


GRÁFICO 2  
**Procedencia de Ingresos de medidas de seguridad**

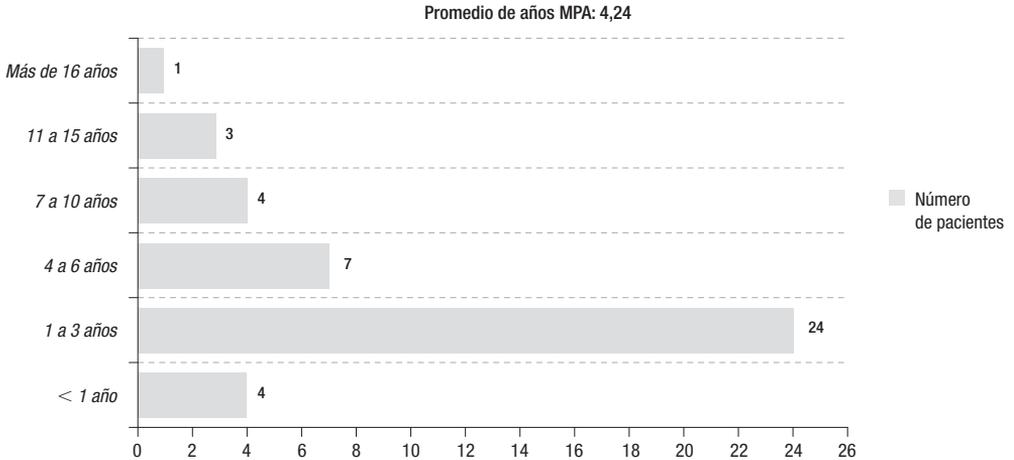


y también más de un 11 % procede de la Unidad Hospitalaria Psiquiátrica Penitenciaria de Brians (UHPP). Más del 27 % proceden de domicilio y el mayor contingente, más de un 36 %, procede del Centro Penitenciario de Hombres

de Barcelona, Modelo (C. P. Hombres en el gráfico).

De indudable importancia es conocer los años de medida de seguridad de internamiento que jueces y tribunales sentencian, tal y como muestra el gráfico 3.

**GRÁFICO 3**  
**Años de internamiento**



Como era de esperar, la mayoría de enfermos reciben penas de uno a tres años, pero los hay que reciben superiores, de hasta 16 años. De ahí que el promedio de años de pena de medida de seguridad de internamiento en la Unidad de media y larga estancia de Benito Menni CASM sea de más de cuatro años.

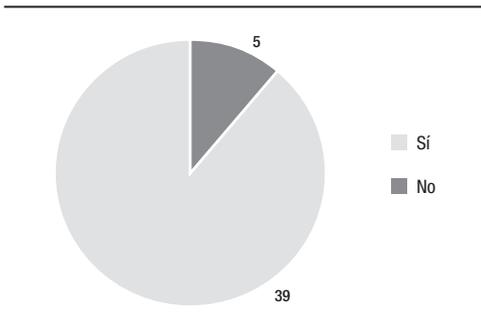
El gráfico 4 muestra los antecedentes de ingresos psiquiátricos previos. Existen en más de un 88 %, es decir, en la

inmensa mayoría de enfermos. Por tanto y como es de esperar, prácticamente todos los pacientes han recibido ingreso psiquiátrico como mínimo una vez antes de ser penados con medida de seguridad de internamiento.

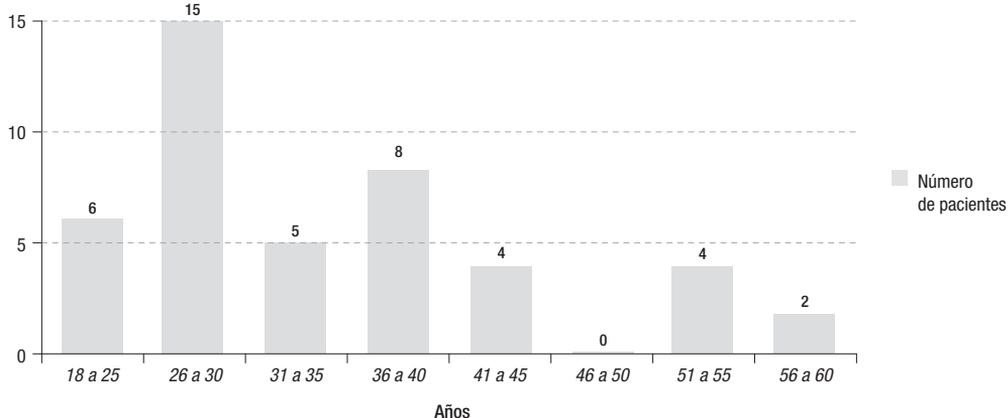
Referente a la edad, se observa que la edad media es poco más de 30 años tal y como se expone en el gráfico 5.

En cuanto al consumo de tóxicos, la tabla I muestra que es mayoritario, pues llega prácticamente al 82 %. Obsérvese cómo en este grupo de enfermos el consumo problemático de tóxicos que no son alcohol, es decir, heroína, cocaína y cannabis, supera el consumo problemático en el que interviene el alcohol. Como se sabe, esto no es lo que se observa en población general ni en población de clínica especializada —p. ej. en dispositivos para trastornos adictivos tanto ambulatorios (CAS) como hospitalarios (unidades de desintoxicación y unidades de patología dual)—, en donde el alcohol es la sustancia mayoritaria. Este dato es una muestra más de las

**GRÁFICO 4**  
**Antecedentes de ingresos psiquiátricos**



**GRÁFICO 5**  
**Rango de edad**



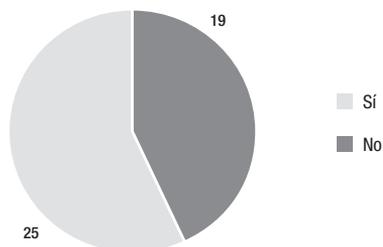
**TABLA I**  
**Consumo de tóxicos**

Tipo de tóxico	N	%
Heroína + Cocaína + Cannabis	8	22,22 %
Cannabis	6	16,67 %
Cannabis + Cocaína	6	16,67 %
Alcohol	4	11,11 %
Cannabis + Cocaína + Alcohol	4	11,11 %
No hay constancia	5	13,89 %
Cocaína	2	5,56 %
Alcohol + Cannabis	1	2,78 %

características específicas que siempre dentro de la gravedad reúnen los enfermos internos por medida de seguridad en la Unidad de media y larga estancia de Benito Menni CASM. Del gráfico 6, el siguiente, también se desprende la gravedad conductual, a veces extrema, de estos enfermos.

El gráfico 6 señala las alteraciones conductuales con efecto de grave distorsión en el entorno. Afectan a casi el 57 % de pacientes. Las distorsiones que

**GRÁFICO 6**  
**Alteraciones conductuales**



ejercen los pacientes con medida de seguridad de internamiento pueden enumerarse así: amenazas, extorsión, robos, incumplimiento de normas, provocación al personal cuidador, oposición a participar activamente en actividades rehabilitadoras, consumo y tráfico de tóxicos a pequeña escala, relaciones sexuales y fugas (34%).

Las altas de la Unidad de media y larga estancia de Benito Menni CASM

entre 2003 y 2010 se reflejan en el gráfico 7.

La tabla II expone las derivaciones al alta. Como se muestra, el destino de derivación post-alta mayoritario en este grupo de pacientes no es otro que el centro penitenciario, lo que también da idea de la oposición a participar en un programa de rehabilitación mediante conductas transgresoras.

La tabla III muestra el diagnóstico al

GRÁFICO 7  
Altas

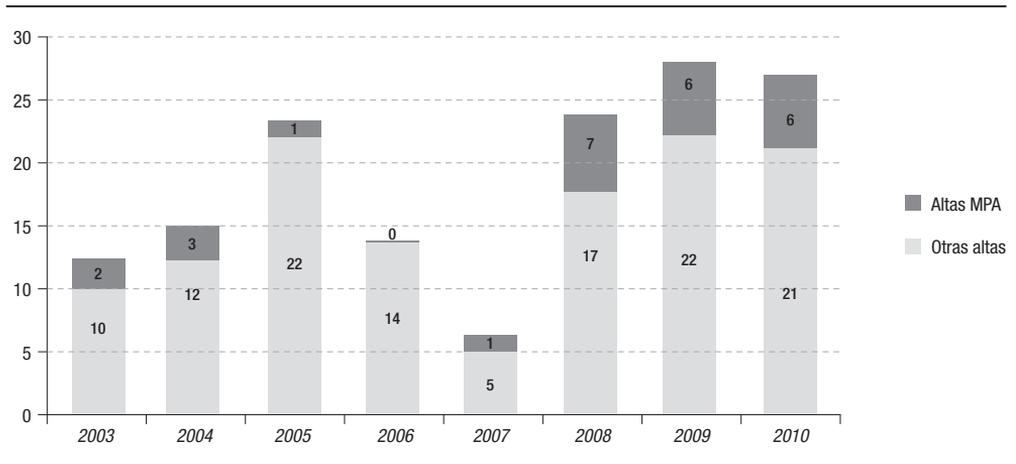


TABLA II  
Derivaciones al alta

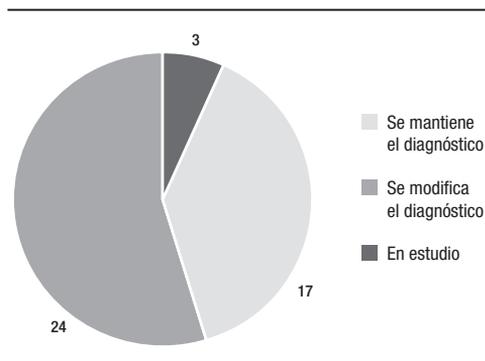
Recurso	N	%
C. Penitenciario	12	27,27 %
Domicilio	10	22,73 %
MPA ambulatoria	2	4,55 %
Otros recursos (Residencia H. día, C. T., CAS)	4	9,09 %
Ingreso voluntario	5	11,36 %
Ingreso involuntario	4	9,09 %
Continua MPA	7	15,91 %

TABLA III  
**Diagnóstico al alta**

Diagnóstico	N	%
Esquizofrenia Paranoide crónica	13	30,23 %
Esquizofrenia Indiferenciada	4	9,30 %
Esquizofrenia Residual	5	11,63 %
Trastorno Bipolar	5	11,63 %
Trastorno Antisocial de la personalidad	5	11,63 %
Trastorno de la personalidad no especificado	3	7 %
Trastorno Paranoide de la personalidad	1	2,33 %
Trastorno Límite de la personalidad	1	2,33 %
Trastorno Esquizoide de la personalidad	1	2,33 %
Trastorno Orgánico de la personalidad	1	2,33 %
Pedofilia	1	2,33 %
Tras. Adaptativo con alteración de las emociones/conducta	1	2,33 %
Dependencia de Cocaína	1	2,33 %
Dependencia de Cannabis + Alcohol	1	2,33 %

alta. La mayoría de pacientes se engloban en la categoría de esquizofrenia paranoide. Conjuntamente, el gráfico 8 expone el cambio de diagnóstico que se realiza durante la estancia en la Unidad de rehabilitación, modificándose en más del 50% de los pacientes.

GRÁFICO 8  
**Cambios de diagnóstico**



Sobre la base de los datos obtenidos se puede concluir que el *perfil de paciente* ingresado en nuestro hospital en cumplimiento de una medida de seguridad reúne las siguientes características generales:

- Paciente joven, de 30-35 años de edad.
- Ingresa para cumplir una medida de seguridad de cuatro años de promedio.
- Consumidor habitual de tóxicos, fundamentalmente cocaína, heroína y cannabis.
- Antecedentes personales de ingresos previos en una unidad de hospitalización psiquiátrica.
- Son frecuentes en su período de internamiento los trastornos conductuales: amenazas, extorsión, robos,

incumplimiento de normas, oposiciónismo, fugas, actitud provocadora hacia el personal cuidador...

- Más del 50 % ingresan procedentes del Centro Penitenciario de Hombres de Barcelona (Modelo) y de su domicilio.
- Más del 50 % están diagnosticados de Esquizofrenia en cualquiera de sus formas, destacando la paranoide crónica, seguidos de trastorno bipolar y trastorno antisocial de la personalidad como diagnóstico principal.
- Algunos no suelen finalizar la medida de seguridad en el hospital al no implicarse activamente en un proyecto de rehabilitación y manifestar trastornos conductuales. Por ello, son derivados a un centro penitenciario donde son más contenidos los trastornos conductuales.

La experiencia acumulada a lo largo de estos años en el manejo de esta población de características especiales, así como la vinculación obligada y necesaria de los profesionales implicados con los organismos oficiales que regu-

lan los ingresos, ha permitido detectar una serie de aspectos relevantes a tener en cuenta y que se considera deben progresar:

- Regularizar las reuniones periódicas con representantes de MPA.
- Agilizar la aportación de documentación relevante para el caso: liquidación de condena.
- Consensuar criterios y definir tipología de pacientes que pueden ser asumidos en los hospitales psiquiátricos.
- Facilitar recursos que permitan la externación del paciente una vez finalizada la medida de seguridad en régimen de internamiento: plazas residenciales.
- Mejorar de forma bidireccional la coordinación y comunicación con los centros penitenciarios destinatarios o remitentes de los pacientes derivados.
- Mejorar la vinculación de estos pacientes a la red asistencial: estos pacientes son poco conocidos por los circuitos asistenciales.

---

# EXPERIENCIA DEL MÉDICO FORENSE EN UN PARTIDO JUDICIAL CON DOS GRANDES HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS

---

LUIS MARÍA PLANCHAT TERUEL

*Médico Forense y Psicólogo.*

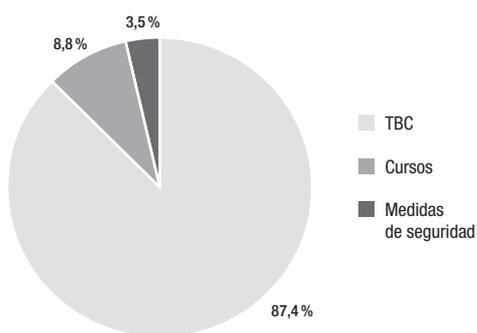
Recepción: 03-03-11 / Aceptación: 17-03-11

Los dos psiquiátricos aludidos son obviamente el hospital Benito Menni y el de Sant Joan de Déu, ambos en Sant Boi. De entrada hay que preguntarse lo siguiente: ¿son muchas las medidas penales alternativas? En 2009 fueron 16.687, de las cuales los trabajos en beneficio de la comunidad (TBC) fueron 14.595, esto es, un 87,4 %, la ejecución de obligaciones como cursos de reeducación fueron 1.483, un 8,8 %, y hubo 609 medidas de seguridad, un 3,5 % (gráfico 1).

En 2010, hasta octubre se han contabilizado 1.031 medidas de seguridad, con 117 internamientos en centros de salud mental (ISM), lo que representa un 11,3 %, 92 internamientos en centros de drogodependencias (IDP), un 8,9 %, 211 tratamientos ambulatorios en salud mental (TASM), un 20,46 %, y 611 tratamientos ambulatorios en centros de atención y seguimiento de drogodependencias (TADP), un 59,26 %.

A su vez, de los 117 internamientos en salud mental (ISM) del año 2010, 56

GRÁFICO 1  
Medidas penales alternativas



han tenido lugar en centro penitenciario (CP), lo que supone un 47,8 %, y 61 en centros de salud mental, un 52,13 %.

La distribución de los 61 internamientos en centros de salud mental en 2010 fue como sigue: 11 en el hospital psiquiátrico Sant Joan de Deu en Sant Boi, lo que representa un 18 %; 10 en Benito Menni CASM, también en Sant Boi, un 16,8 %; 9 en Sagrat Cor SSM en Martorell, un 14,7 %; 8 en el Centro Asisten-

cial Dr. Emili Mira en Santa Coloma de Gramanet, un 13,1%; 6 en el hospital psiquiátrico de Salt, un 9,8%; 3 en el Hospital Duran i Reynals, un 4,9%; y 14 internamientos más en otros centros, que representan un 22,9%.

Cabe preguntarse: ¿son efectivas las medidas de seguridad? La respuesta puede ilustrarse con una selección de la bibliografía especializada, que damos a continuación y que no incluimos al final de la monografía para mayor facilidad de lectura. En primer lugar hay que decir que la bibliografía que se declara a favor de la efectividad es amplia. Aquí solo destacar:

- Anglin MD, Brecht ML, Maddahian E. Pre-treatment characteristics and treatment performance of legally coerced versus voluntary methadone maintenance admissions. *Criminology* 1989;27:537-557.
- Vickers-Lahti M, Garfield F, McCusker J, Hindin R, Bigelow C, Love C, Lewis B. The relationship between legal factors and attrition from a residential drug abuse treatment program. *Journal of Psychoactive Drugs* 1995;27:17-25.
- Leukefeld CG, Tims FM. Compulsory treatment of drug abuse: Research and clinical practice. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services; 1988. (NIDA Research Monograph No. 86.)
- Young D. Impacts of perceived legal pressure on retention in drug treatment. *Criminal Justice and Behavior* 2002;29:27-55.
- Brecht ML, Anglin MD, Dylan M. Coerced treatment for methamphetamine abuse: Differential patient characteristics and outcomes. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 2005;31:337-356.
- Knight K, Hiller ML, Broome KM, Simpson DD. Legal pressure, treatment readiness, and engagement in long-term residential programs. *Journal of Offender Rehabilitation* 2000; 31:101-115.
- Copeland J, Maxwell JC. Cannabis treatment outcomes among legally coerced and non-coerced adults. *BMC Public Health* 2007;7:111.
- Collins JJ, Allison M. Legal coercion and retention in drug abuse treatment. *Hospital and Community Psychiatry* 1983;34:1145-1149.
- Brecht ML, Anglin MD, Wang JC. Treatment effectiveness for legally coerced versus voluntary methadone maintenance clients. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 1993; 19:89-106.
- Kelly JF, Finney JW, Moos RH. Substance use disorder patients who are mandated to treatment: Characteristics, treatment process, and 1- and 5-year outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2005;28: 213-223.
- Grichting E, Uchtenhagen A, Rehm J. Modes and impact of coercive inpatient treatment for drug-related conditions in Switzerland; *European Addiction Research* 2002;8:78-83.
- Perron BE, Bright CL. The influence of legal coercion on dropout from substance abuse treatment: results from a national survey. *Drug Alcohol Depend* 2008;92:123-131.
- Burke AC, Gregoire TK. Substance abuse treatment outcomes for coerced and noncoerced clients. *Health and Social Work* 2007;32:7-15.

TABLA I

Sustancia	Abstinencia	Comorbilidad	Tipo de terapia	Tiempo de terapia	CONTROL
Alcohol	80 %	No	Individual	29 semanas	16 meses
Alcohol y sustancias	60 %	No	Individual	10 semanas	17 meses
Opiáceos	68-74 %	No	Metadona	18-22 meses	4-6 años

Y en segundo lugar, las referencias que se declaran en contra de la efectividad de las medidas penales alternativas son menos numerosas. Aquí solo destacar:

- Klag S, O’Callaghan F, Creed P. The use of legal coercion in the treatment of substance abusers: an overview and critical analysis of thirty years of research. *Substance Use and Misuse* 2005;40:1777-1795.
- Stevens A, Berto D, Heckman W, Kersch V, Oeuvray K, Van Ooyen M, Steffan E, Uchtenhagen A. Quasi-compulsory treatment of drug dependent offenders: An international literature review. *Substance Use and Misuse* 2005;40:269-283.
- Longshore D, Teruya C. Treatment motivation in drug users: A theory-based analysis. *Drug and Alcohol Dependence* 2006;81:179-188.
- Bourquin-Tièche D, Besson J, Lambert H, Yersin B. Involuntary treatment of alcohol-dependent patients: a study of 17 consecutive cases of civil commitment. *Eur Addict Res* 2001;7:48-55.
- André C, Jaber-Filho JA, Carvalho M, Jullien C, Hoffman A. Predictors of recovery following involuntary hospitalization of violent substance abuse patients. *Am J Addict* 2003 Jan-Feb;12(1):84-9.
- Brecht ML, Anglin MD, Wang JC. Treatment effectiveness for legally coerced versus voluntary methadone maintenance client. *Am J Drug Abuse* 1993;19(1):89-106.

La tabla I resume la efectividad del tratamiento involuntario en adicciones. Se basa en:

Finalmente, los factores predictivos en el tratamiento involuntario en adicciones son una menor edad en el momento de iniciar el tratamiento, continuar recibiendo algún tipo de tratamiento después del alta, la realización de un tratamiento planificado tanto en el hospital como después del alta, y la asistencia regular a grupos de autoayuda.



---

**VI**  
**PRESENTACIÓN FINAL**

---



---

# LAS MEDIDAS PENALES ALTERNATIVAS EN CATALUÑA: RESULTADOS OBTENIDOS Y RETOS PARA EL FUTURO

---

MARC CERON I RIERA

*Subdirector General de Reparación y Ejecución Penal en la Comunidad.  
Departament de Justícia, Generalitat de Catalunya.*

Recepción: 03-03-11 / Aceptación: 17-03-11

## INTRODUCCIÓN

El concepto medida penal alternativa aparece en nuestro país a partir del año 1995 con la aprobación del denominado Código Penal de la democracia. Bajo esta acepción se recogen todas aquellas penas impuestas por los tribunales de justicia que implican la no privación de libertad. Esta modalidad de cumplimiento es, por lo tanto, relativamente nueva en nuestro ordenamiento legal, pero no así en el de los países occidentales de Europa y Estados Unidos, en cuyas jurisdicciones estas posibilidades de cumplimiento penal empezaron a aparecer a finales del siglo XIX o inicios del XX.

En puridad, y de acuerdo a su idiosincrasia, se trata de medidas penales de ejecución en la comunidad, ya que esta denominación refleja en positivo lo que son, no aquello de lo que se supone son alternativa.

En el caso de la jurisdicción español-

la hablar de medidas penales alternativas supone tratar de cuatro modalidades de cumplimiento diferente:

- La pena de trabajos en beneficio de la comunidad.
- Las obligaciones impuestas como alternativa a la suspensión de una pena de privación de libertad.
- Las obligaciones impuestas como alternativa a la sustitución de una pena de privación de libertad.
- Las medidas de seguridad.

Como se sabe, el gobierno autónomo catalán ejerce desde 1984 competencias ejecutivas en este ámbito, y, por lo tanto, compartiendo el mismo contexto penal que el conjunto del Estado desarrolla sus propios mecanismos organizativos. Es por ello que los datos que se ofrecen en este breve resumen se refieren exclusivamente al ámbito del territorio de Cataluña.

## VOLUMETRÍA

Aunque el objetivo de esta ponencia, de acuerdo con el contenido de las jornadas, se centrará en el supuesto de la aplicación de las medidas de seguridad, y de manera muy especial a aquellas que implican un internamiento por motivos de salud mental, voy a ofrecer unos datos sucintos que permitan dimensionar el volumen de servicio del que estamos hablando.

Lo primero que debe destacarse es que hasta el año 2004 el impacto del conjunto de las Medidas Penales Alternativas en el conjunto de la ejecución penal en Cataluña (y también en España) era menor. Así, el año 2004 los tribunales oficiaron a la administración responsable de la ejecución penal en Cataluña un total de 1.347 sentencias.

A partir de ese año se experimenta un crecimiento espectacular del número de sentencias (demandas) que se explica por la entrada en vigor de dos reformas penales que afectan, respectivamente, a los delitos contra la seguridad colectiva (relacionados con la seguridad vial) L.O. 15/2003 que entra en vigor el mes de octubre de 2004; y la Ley 1/2004 de medidas de protección integral contra la violencia de género. Así, en 2005 son ya 3.931 las demandas y en 2007 se llega a 5.412.

Finalmente, la aprobación de una segunda reforma relacionada con los delitos contra la seguridad colectiva Ley Orgánica 15/2007, implica un crecimiento exponencial que incrementa las cifras de demandas hasta niveles no conocidos anteriormente (16.687 demandas en 2009 y una previsión de 19.308 para 2010).

Dados los motivos del crecimiento, este se concentra en la pena de trabajos

en beneficio de la comunidad, manteniéndose el resto de modalidades, especialmente las medidas de seguridad en un nivel muy estabilizado en relación al crecimiento general.

## LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD: CONSIDERACIÓN PREVIA

Es importante tener en cuenta que pese a este diferencial en cuanto al crecimiento general entre las Medidas de Seguridad y el resto de Medidas Penales Alternativas, se ha mantenido el tratamiento prioritario de los casos de aplicación de medidas de seguridad en relación al resto de Medidas Penales Alternativas.

## LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD: CONCEPTO Y MODELO DE TRABAJO

A lo largo de las jornadas me han precedido otros ponentes que han identificado perfectamente el marco jurídico en el que se encuadra el cumplimiento de las medidas de seguridad. Simplemente quiero apuntar en esta ponencia que desde el punto de vista programático las modalidades de intervención se dan a partir de la combinación de dos variables: el motivo que sustenta la aplicación de la medida de seguridad y el entorno en el que se produce la intervención.

Así, pueden darse seis modalidades diferentes:

- Medida de seguridad ambulatoria por la existencia de problemática de toxicomanías.

- Medida de seguridad ambulatoria por la existencia de trastorno psiquiátrico.
- Medida de seguridad ambulatoria por discapacidad intelectual.
- Medida de seguridad de ingreso en centro de toxicomanías.
- Medida de seguridad de ingreso en centro psiquiátrico.
- Medida de seguridad de ingreso en centro educativo especial.

En cada una de dichas modalidades se aplican los dos principios programáticos siguientes:

- La voluntad de utilizar los recursos comunitarios en todos los casos, excepto cuando se da una indicación judicial explícita en relación al cumplimiento en centro penitenciario.
- La intervención fundamentada en el principio de flexibilidad establecido por el artículo 97 del Código penal, por el que se plantea, a partir de la individualización de cada caso, la aplicación de la modalidad de cumplimiento más acorde con la evolución de la patología de cada paciente.

Para que estos principios puedan aplicarse de manera óptima es preciso que se refuercen los aspectos siguientes, todos ellos mejorados en los últimos años, pero que requieren un impulso decidido.

Disponer y aplicar herramientas de evaluación que sean capaces de identificar no solamente los elementos diagnósticos estáticos, sino también los dinámicos (hay que tener en cuenta que la aplicación de eximentes se realiza en relación a la situación de la comisión

del delito, no en el momento en el que este se juzga). En otras palabras, es preciso que el concepto indeterminado de peligrosidad se transforme en el elemento medible de riesgo, y que los casos dispongan de una evaluación continua teniendo en cuenta este parámetro y el de las necesidades de intervención, tanto personales como del entorno.

Adecuar los dispositivos de la red pública de atención sanitaria a la diversidad diagnóstica y a los momentos evolutivos que dimanen de la evaluación anterior. Eso implica, una dotación adecuada en relación al número de plazas para dar salida a los casos de internamiento, y al mismo tiempo una correcta diversificación de la tipología de recursos existentes para poder satisfacer todos los momentos diferenciados de la intervención. Me refiero aquí a todo el espectro de necesidades que se pueden requerir, de acuerdo con la evolución del paciente (desde la previsión de unidades de especial contención para los casos en situación de riesgo más grave, hasta la disponibilidad de suficientes plazas en centros de día para aquellas personas que se encuentran cumpliendo una medida de seguimiento ambulatorio y precisan un seguimiento diario de la ocupación de su tiempo libre).

Tener en cuenta la existencia de colectivos minoritarios que requieren una respuesta específica. En este apartado, y de acuerdo con la valoración de la experiencia profesional, quiero hacer una especial referencia a los diagnósticos duales, los trastornos límites de la personalidad, los diagnósticos de disminución psíquica, los deterioros graves por motivos orgánicos, y la intervención con personas muy jóvenes o muy ancianas. La perspectiva de género y la de origen deben también ocupar un espa-

cio claro en el diseño de estas políticas especializadas.

Establecer figuras de coordinación entre los diferentes agentes que intervienen en un mismo caso para garantizar una línea de intervención común y aglutinadora. En este aspecto debe destacarse el papel del Delegado de Ejecución de Medidas, es decir del profesional del Departamento de Justicia que se encarga del seguimiento del nivel de cumplimiento de la medida penal impuesta. Se trata del único profesional que interviene con todos los actores del proceso: trabaja con el penado/paciente, informa a los estamentos judiciales, se coordina con los servicios especializados de salud que atienden al paciente, con los equipos de tratamiento de los centros penitenciarios, en caso que el penado/paciente esté ingresado en prisión, con todos los servicios sociales que intervienen en el caso, con los miembros del entorno social (familia o entidad de acogida), y, si se da, con la defensa letrada. En este sentido es cada vez más necesaria la implantación de un modelo de *case management* en que sea el Delegado el que, por el hecho de concentrar toda la información del caso, pueda servir de enlace entre todos los profesionales intervinientes para optimizar el trabajo conjunto.

Establecer mecanismos preventivos que eviten la doble estigmatización de estos pacientes por el hecho de sufrir patologías adictivas y/o psiquiátricas y/o de discapacidad intelectual y, al mismo tiempo, por el hecho de haber cometido un delito. En este sentido, y como apuntaba anteriormente, el reemplazar el concepto peligrosidad por el de riesgo es importante para evitar un efecto de etiquetado que pueda calar tanto en el público en general como en el personal asistencial.

## RETOS DE FUTURO

En el conjunto del Estado el modelo de trabajo que se aplica en Cataluña, especialmente en el ámbito de las medidas de seguridad por motivos psiquiátricos, es una referencia. La apuesta por dar desarrollo al marco legal y que, por ello, los centros penitenciarios no sean la única alternativa o, por lo menos, la mayoritaria en estos casos debe ponerse, sin duda, en valor.

El legislador estableció el concepto medida de seguridad partiendo, precisamente, de la idea que en los casos en los que se aplica existe un trastorno de los anteriormente mencionados que impide al autor de un hecho delictivo ser consciente de las consecuencias del acto cometido, y que, por lo tanto, el tratamiento de dicho trastorno es la vía para conseguir la rehabilitación de esa persona, finalidad última de las penas establecida por el artículo 25.2 de la Constitución Española.

Repito, soy optimista respecto al hecho que estamos en el buen camino, pero quiero señalar una serie de elementos de mejora que, a mi juicio, deben facilitar que no solo el modelo de trabajo sea una referencia, sino que también lo sea su aplicación. Estos elementos son:

- Garantizar el uso compartido de información sensible entre todos los agentes que intervienen en un caso.
- Poner en marcha circuitos ágiles entre todos estos agentes a fin de optimizar la toma de decisiones.
- Establecer un sistema de valoración del riesgo y de las necesidades que sea homogéneo y pueda ser avalado por todos los agentes.

- Facilitar la actualización de la difusión científica, académica y pública en torno a la problemática derivada de la aplicación de las medidas de seguridad, con la finalidad de crear una visión pública positiva de su aplicación.

Sin duda, el planteamiento de unas Jornadas como las que cierra esta ponencia es una excelente oportunidad para dar visibilidad a esta realidad y a sus retos asociados.

## GRÁFICOS

Como ya se ha dicho, las medidas penales alternativas comprenden traba-

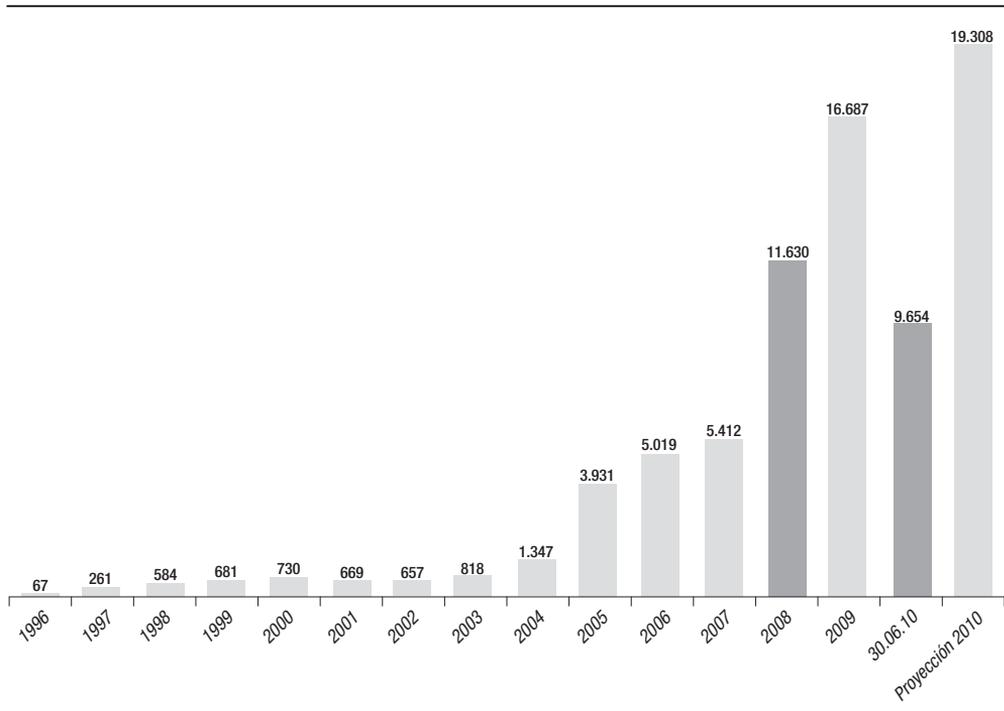
jos en beneficio de la comunidad, obligaciones asociadas a suspensiones de la pena, obligaciones asociadas a sustituciones de la pena y medidas de seguridad.

El gráfico 1 ilustra claramente que el contexto es de incremento exponencial de demandas. Las cifras corresponden al número de medidas que los jueces han oficiado cada año al *Departament de Justícia de la Generalitat* catalana.

El gráfico 2 indica la evolución de las demandas de trabajos en beneficio de la comunidad oficiados a dicho *Departament* desde el año 2000, descritos de año en año.

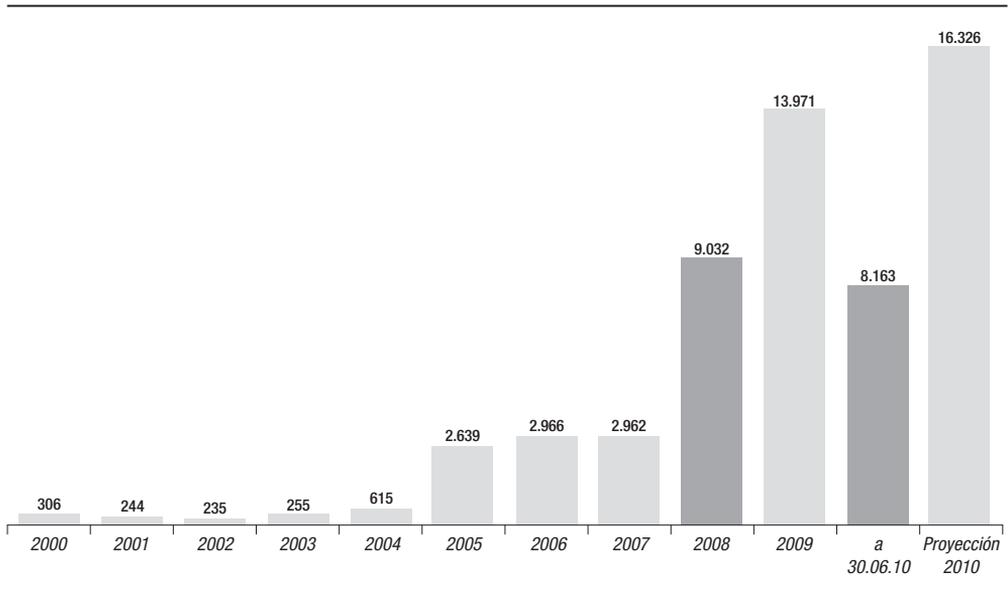
Como antes se ha dicho, el contexto legal no es otro que la legislación y normativa aplicables, la cual se fundamen-

GRÁFICO 1  
Incremento exponencial de demandas



## GRÁFICO 2

## Evolución de las demandas de trabajos en beneficio de la comunidad



ta en los artículos 6, 95 y siguientes del Código Penal, la Ley Orgánica General Penitenciaria en sus artículos 1, 8 y 11; el Reglamento Penitenciario, artículos 182, 183 y 184; y el Real Decreto 515/2005 de 6 de mayo que regula las circunstancias de la ejecución, en sus artículos 21 y 25. El elemento central es sin duda el artículo 97 del Código Penal, por el que la aplicación durante la ejecución de la sentencia se rige según el principio de flexibilidad atendiendo a la individualización de cada caso y a la evolución de cada paciente.

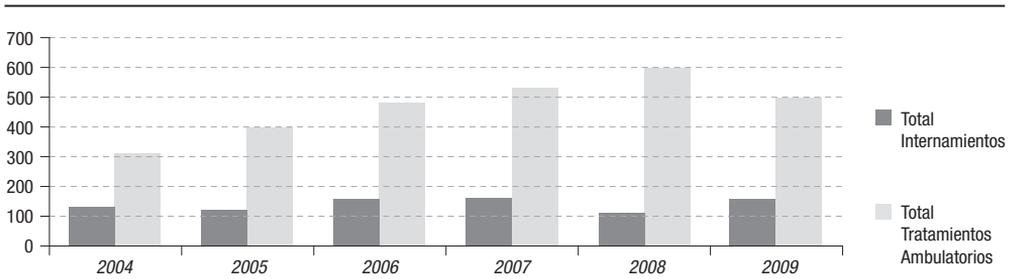
En cuanto a la disponibilidad de servicios asistenciales de la red comunitaria, los principios de intervención exigen que en relación al internamiento penitenciario sea deseable otorgar una clara prelación al internamiento en centro de la red sanitaria extrapenitenciaria, y que cuando sea imprescindible el cumplimiento —de forma óptima solo

en la fase inicial— en centro penitenciario, esta situación de ingreso debe darse en unidad psiquiátrica lo más parecida posible a los sistemas de un servicio psiquiátrico no penitenciario. Esto significa que para poder aplicar estos principios de intervención es necesario, por parte de la red de atención sanitaria, disponer de un catálogo de servicios tanto de internamiento terapéutico como de seguimiento ambulatorio, con capacidad de acoger una amplia diversidad de tipologías de pacientes.

Desde el punto de vista de la valoración cualitativa, la aplicación del principio de flexibilidad es claramente mejorable, tanto en términos de oportunidad y de agilidad en la toma de decisiones cuanto, y especialmente, a la correspondencia entre la evolución terapéutica y el acceso real a modalidades de cumplimiento en régimen ambulatorio.

En relación al tratamiento de las mi-

GRÁFICO 3  
Evolución de las medidas de seguridad



Internamientos	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Internamiento Deshabitación	68	66	66	84	46	67
Internamiento Salud Mental	102	80	91	93	100	106
Internamiento Centro Ed. Especial	2	1	5	1	3	4
<b>Total Intermediarios</b>	<b>172</b>	<b>147</b>	<b>162</b>	<b>178</b>	<b>149</b>	<b>177</b>
T. Ambulatorios	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Tratamiento Ambulatorio Deshabitación	253	305	379	421	478	420
Tratamiento Ambulatorio Salud Mental	102	111	124	126	130	109
<b>Total Tratamiento Ambulatorio</b>	<b>355</b>	<b>416</b>	<b>503</b>	<b>547</b>	<b>608</b>	<b>529</b>
<b>Total</b>	<b>527</b>	<b>563</b>	<b>665</b>	<b>725</b>	<b>757</b>	<b>706</b>

norías, es preciso otorgar una respuesta específica para aquellos perfiles que presenten necesidades complementarias de atención: diagnóstico dual, diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, diagnóstico de disminución psíquica, diagnóstico de deterioro grave por motivos orgánicos, y personas muy jóvenes o ancianas.

El gráfico 3 indica la evolución de las medidas de seguridad (internamientos de deshabitación, de salud mental y en centro de educación especial, y tratamientos ambulatorios de deshabitación y de salud mental) en los últimos seis años.

El gráfico 4 ilustra el análisis de la situación de la población afectada (N =

= 242) por medida de seguridad en fase de ejecución, según datos a 11.6.2010.

GRÁFICO 4  
Análisis de la situación de la población afectada por medida de seguridad en fase de ejecución

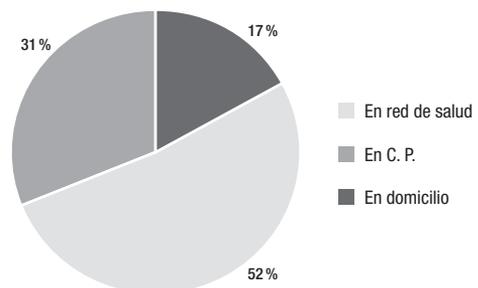


GRÁFICO 5  
Situación de la fase  
en que se halla el penado

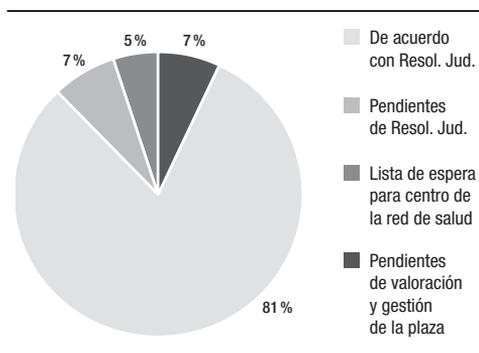
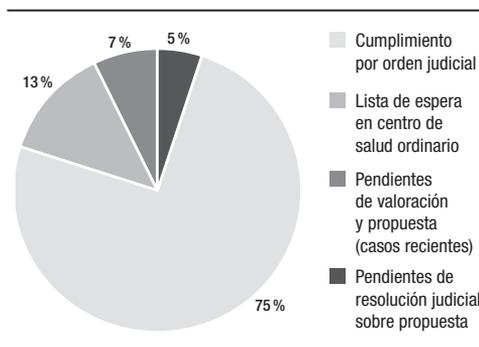


GRÁFICO 6  
Situación de la población afectada  
en fase de ejecución e ingresada  
en centro penitenciario



El 52 % se halla en la red de salud; el 31 % en centro penitenciario y el 17 % en domicilio.

El gráfico 5 analiza la situación de la fase en que se halla el penado. Así, la situación del 81 % está de acuerdo con la resolución judicial; el 7 % están pendientes de resolución judicial; el 5 % está en lista de espera para centro de la red de salud; y el 7 %, pendientes de valoración y de gestión de la plaza.

El gráfico 6 ilustra el análisis de la situación de la población afectada (N =

= 242) en fase de ejecución e ingresada en centro penitenciario, según datos a 11.6.2010. El 75 %, cumplimiento por orden judicial; el 13 %, lista de espera en centro de salud ordinario; el 7 %, pendientes de valoración y de propuesta, siendo casos recientes; y el 5 %, pendientes de resolución judicial sobre la propuesta.

En Cataluña, el modelo de trabajo del servicio de reparación y ejecución penal en la comunidad se basa en la interrelación de los diferentes agentes que intervienen y en la acción multidisciplinar. Y ello en el ámbito judicial, de la ejecución penal —concretado en la figura del delegado judicial—, el ámbito de la atención sanitaria, el de la atención social y de la dependencia, y en el ámbito comunitario.

Los retos que actualmente hay que afrontar son los siguientes:

- Garantizar el uso compartido de información sensible.
- Compartir el modelo de trabajo, dando respuesta satisfactoria a los elementos básicos de las partes implicadas.
- Poner en marcha circuitos ágiles entre los diferentes agentes que intervienen, a fin de optimizar la toma de decisiones.
- Establecer un sistema de valoración del riesgo y de las necesidades que sea homogéneo y pueda ser avalado por todos los agentes que intervienen.
- Ir hacia la necesaria actualización de la difusión científica, académica, administrativa y pública en torno a la problemática derivada de la aplicación de las medidas de seguridad, con la finalidad de crear una visión positiva de todo el contexto de dicha aplicación.

## BIBLIOGRAFÍA GENERAL

1. Cid Moliné J. La probation en España. Barcelona, Bosch, 2010.
2. Larrauri E. Los programas formativos a personas condenadas por violencia de género, REIC n.º 8. <http://www.criminologia.net/reic.html>, 2010.
3. Comas Arnau D. Las comunidades terapéuticas en España, Fundación Atenea y Plan Nacional sobre Drogas, 2006 <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/ComunidadesTerapeuticas.pdf>.
4. Solé Puig J. Psicopatología de la adicción. *Informaciones Psiquiátricas. Monográfico sobre actualización en psicopatología*, 2007;189(3):345-364.
5. Maslow AH. *Toward a psychology of being* (3.ª ed). Nueva York: John Wiley & Sons, 1998.
6. Prochaska JO, DiClemente CC. The transtheoretical approach. En: Norcross JC, Goldfried MR. (eds.) *Handbook of psychotherapy integration*. 2<sup>nd</sup> ed. New York, Oxford University Press; 2005: 147-171.
7. Carrasco Gómez JJ, Maza Martín JM. *Manual de Psiquiatría Legal y Forense*. 2.ª ed. Madrid, La Ley; 2003.
8. Gisbert-Calabuig JA. Imputabilidad. En: Villanueva Cañadas E, editor. *Gisbert Calabuig. Medicina Legal y Toxicología*. 6.ª ed. Barcelona, Masson; 2004: 1066-84.
9. Martínez Garay L. *La imputabilidad penal: Concepto, fundamento, naturaleza jurídica y elementos*. Valencia, Tirant lo Blanch; 2005.
10. Muñoz Conde F. *Teoría General del Delito*. 4.ª ed. Valencia, Tirant lo Blanch; 2007.
11. *Código Penal*. 11.ª ed. Madrid, Colex; 2007.
12. Mateo Ayala EJ. *La imputabilidad del enfermo psíquico: un estudio de la existencia de anomalía o alteración psíquica en el Código Penal Español*. Madrid: Servicio de Publicaciones de la Facultad de Derecho de la Universidad Complutense de Madrid; 2003.
13. García Blázquez M. *Análisis médico-legal de la imputabilidad en el Código Penal de 1995*. Granada, Ed. Comares; 1997.
14. Ortiz Valero T, Ladrón de Guevara y Guerrero J. *Lecciones de Psiquiatría Forense*. Granada, ed. Comares; 1998.
15. Checa González MJ. *Manual Práctico de Psiquiatría Forense*. Barcelona, Elsevier-Masson; 2010.
16. *Faulk's Basic Forensic Psychiatry*. Revised by: Stone JH, Roberts M, O'Grady J, Taylor AV, O'Shea KO. Third Edition. Oxford, Blackwell Publishing Company; 2000.
17. Vallejo Ruiloba J. *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*. 6.ª ed. Barcelona, Elsevier-Masson; 2006.
18. Idiáquez I, Pujol A, Puig L, Mansilla J, Mohíno S. *Prevalença de trastorns de la personalitat en una mostra de població forense*. En: *Actualització en Psiquiatría Forense*. Barcelona, Centre d'Estudis i Formació Especialitzada; 2010: 67-74.
19. Mohíno S, Pujol A, Idiáquez I. *Personality Disorders and Criminal Responsibility in the Spanish Supreme Court*. *J Forensic Sci* (en prensa).
20. Simon RI, Gold LH. *Textbook of Forensic Psychiatry*. Second Edition.

- Washington DC, American Psychiatric Publishing, Inc; 2010.
21. Quintero Olivares G. *Locos y Culpa-bles*. Pamplona, Aranzadi Editorial; 1999.
  22. Cid Moliné J. *La elección del castigo*. Barcelona, Ed. Bosch; 2009.
  23. Mental Health, Law and Policy Institut, Simon Fraser Institut (British Columbia), British Columbia Institut of Family Violence; Facultat de Psicologia, Universitat de Barcelona. *Guías y Protocolos de Predicción de Violencia*.
  24. Marková IS, Berrios GE. Insight in clinical psychiatry revisited. 1995 *Compr Psychiatry Sep-Oct*;36(5):367-76.
  25. David AS. Insight and psychosis. *The British Journal of Psychiatry* 1995; 156:798-808.
  26. Amador XF, Strauss DH, Yale SA et al. Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1991;17(1): 13-132.
  27. Sackeim HA. The meaning of insight. En: Amador XF, David AS, eds. *Insight and psychosis*. Oxford, Oxford University Press; 1998: 3-14.
  28. Amador XF. The description and the meaning of insight in psychosis. En: Amador XF, David AS, editors. *Insight and psychosis*. Oxford, Oxford University Press; 1998: 15-32.
  29. Varga M, Babovic A, Flekkoy K, Ronneberg U, Landro NI, David AS, Opjordsmoen S. Reduced insight in bipolar I disorder: neurofunctional and neuroestructural correlates: a preliminary study. *J Affect Disord* 2009;116 (1-2):56-63.
  30. Morgan KD, Dazzan P, Morgan C, Lappin J, Hutchinson G. Insight, grey matter and cognitive function in first-onset psychosis *British Journal of Psychiatry* 2010;197:141-148. doi: 10.1192/bjp.bp.109.070888.
  31. McEvoy JP, Apperson LG, Applebaum PS et al. Insight in schizophrenia: its relation to acute psychopathology. *Journal of Nervous And Mental Disease* 1989b;177:43-47.
  32. Marková IS, Berrios GE. The assessment of insight in clinical psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1992; 86(23):159-164.
  33. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Flaum MM, Endicott J, Gorman JM. Assessment of insight in psychosis. *Am J Psychiatry* 1993 Jun;150(6):873-9.
  34. Sanz M, Constable G, López-Ibor I, Kemp R, David AD. A comparative study of insight scales and their relationship to psychopathological and clinical variables. *Psychol Med* 1998; 28:437-446.
  35. Marks K, Fastenau P, Lysaker P. Self-appraisal of Illness Questionnaire (SAIQ): relationship to researcher-rated insight and neuropsychological function in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 2000;45(3):203-211.
  36. Birchwood M, Smith J. A self-report Insight Scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1994;89 (1):62-67.
  37. Beck AT, Baruch E, Balter JM, Steer RA, Warman DA. A new instrument for measuring insight: The Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research* 2004;68:319-329.
  38. Hunt E, Vachon G, Coté G. Validation of the French version of «Self Appraisal of Illness Questionnaire». *Rech Soins Infirm* 2009 Jun;(97):74-84.
  39. Kao Y, Liu Y. The clinical applicability of the Self Appraisal of Illness Ques-

- tionnaire (SAIQ) to chronic schizophrenic patients in Taiwan. *The Psychiatric quarterly* 2010;81(3):215-225.
40. Riggs S, Grant P, Perivoliotis D, Beck A. Assessment of Cognitive Insight: A Qualitative Review. *Schizophr Bull* 2010. 10.1093/schbul/sbq085.
  41. Cooke. Cognitive insight in psychosis: The relationship between self-certainty and self-reflection dimensions and neuropsychological measures. *Psychiatry Research* 2010.
  42. Greenberger C, Serper MR. Examination of clinical and cognitive insight in acute schizophrenia patients. *J Nerv Ment Dis* 2010 Jul;198(7):465-9.
  43. Código Penal, 9.<sup>a</sup> ed. Madrid, Colex; 2004.
  44. Auto de la Sala Segunda del Tribunal Supremo, 16 de Diciembre, 2009.
  45. Krug EG, Dalhberg LL, Mercy JA, Zwi AB. World Report on violence and health. World Health Organization, Ginebra; 2002.
  46. Andrés Pueyo A, Redondo Illescas S. Predicción de la violencia: entre la peligrosidad y la valoración del riesgo de violencia. *Papeles del Psicólogo* 2007; 28(3):157-173.
  47. Swanson JW, Holzer CE, Gangu VK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from de epidemiological catchment area surveys. *Hospital and community psychiatry* 1990;41:761-70.
  48. Monahan J, Appelbaum PS. Reducing violence risk: Diagnostically based clues from the MacArthur violence risk assessment study. In S. Hodgins (ed.) *Violence among the mentally ill: Effective treatments and management strategies*. Boston, Kluwer Academic Publishers; 1999: 19-34.
  49. Swanson JW, Swart MS, Van Dorn RA, Elbogen EB, Wagner HR, Rosenheck RA et al. A national study of violent behaviour in persons with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 2006;63:490-499.
  50. Teasdale B, Silver E, Monahan J. Gender threat/control-override delusions and violence. *Law and Human Behavior* 2006;30:649-658.
  51. Skeem JL, Schubert C, Odgers C, Mulvey EP, Gardner W, Lidz C. Psychiatric symptoms and community violence among high-risk patients: A test of the relationship at the weekly level. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2006;74:967-979.
  52. Silver E, Mulvey EP, Monahan J. Assessing violence risk among discharged psychiatric patients: Toward an ecological approach. *Law and Human behavior* 1999;23:237-255.
  53. Esbec E. Valoración de la Peligrosidad Criminal. Aproximación conceptual e histórica. *Psicopatología clínica, legal y forense* 2003;3(2):45-64.
  54. Webster CHD, Douglas KS, Eaves D, Hart S. HCR-20: Assessing risk for violence, Version 2. Burnaby B.C. Canada, Simon Fraser University.
  55. Hilterman ED, Andrés Pueyo A. HCR-20. Guía para la valoración del riesgo de comportamientos violentos. Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona, 2005.
  56. Dunbar E, Quinones J, Crevecoeur DA. Assessment of hate crime offenders. The role of bias intent in examining violence risk. *Journal of Forensic Psychology Practice* 1995;5:1-19.
  57. McDermott BE, Edens JF, Quanbeck CD, Busse D, Scott CL. Examining the role of static and dynamic risk factors in the prediction on inpatient violence:

- Variable and person-focused analyses. *Law and Human Behavior* 2008;34: 325-338.
58. Vogel V, Ruitter C. The HCR-20 in personality disorder female offenders: A comparison with a matched sample of males. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2005;12:226-240.
  59. Grevatt M, Thomas Peter B, Hughes G. Violence, mental disorder and risk assessment: Can structured clinical assessments predict the short term risk of inpatient violence? *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology* 2004;15: 278-292.
  60. Nicholls TL, Ogloff JR, Douglas KS. Assessing risk for violence among female and male civil psychiatric patients: The HCR-20, PCL:SV and McNeil & Binder's VSC. *Behavior Sciences and the Law* 2004;22:127-158.
  61. Vogel V, Ruitter C. Structured professional judgment of violence risk in forensic clinical practice: A prospective study into the predictive validity of the Dutch HCR-20. *Psychology, Crime & Law* 2006;12:321-336.
  62. Arbach K, Andrés Pueyo A. Eficàcia predictiva de l'HCR-20 i del PCL:SV en contexts institucionals. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada. Generalitat de Catalunya. Departament de Justícia, 2008.
  63. Huss MT. *Forensic Psychology. Research, clinical practice, and applications*. Wiley-Blackwell, 2009.

## **AGRADECIMIENTOS**

A la generosidad de todos los autores, tanto por las presentaciones durante las Jornadas como por sus exposiciones en este monográfico. Y a la de los miembros del comité científico organizador: Araceli Aiguaviva, José Miguel Cebamanos, Pere Martí, Susana Mohíno, Amadeo Pujol, Josep Antoni Rodríguez Sáez, Pilar Thomas y Montserrat Vilella. Los magistrados J. A. Rodríguez Sáez y A. Aiguaviva fueron anfitriones de dicho comité en la reunión preparatoria de estas Jornadas celebrada en la Ciutat de la Justícia de Barcelona y L'Hospitalet.

J. SOLÉ

