

# Documentos Penitenciarios

# 8

## Intervención penitenciaria con discapacitados intelectuales

El módulo de discapacitados del  
Centro Penitenciario de Segovia



MINISTERIO  
DEL INTERIOR

SECRETARÍA GENERAL  
DE INSTITUCIONES  
PENITENCIARIAS



MINISTERIO  
DEL INTERIOR

SECRETARÍA GENERAL  
DE INSTITUCIONES  
PENITENCIARIAS

# Intervención penitenciaria con discapacitados intelectuales

El módulo de discapacitados  
del Centro Penitenciario de Segovia

Noviembre de 2009

*AUTORES*

*MARÍA JOSÉ BARTOLOMÉ SANZ*

*Psicóloga del Cuerpo Superior de Técnicos de Instituciones Penitenciarias  
Coordinadora Técnica del Módulo de Discapacitados*

*MANUEL ROCA POVEDA*

*Jurista del Cuerpo Superior de Técnicos de Instituciones Penitenciarias  
Subdirector de Tratamiento del Centro Penitenciario de Segovia*



MINISTERIO  
DEL INTERIOR

SECRETARÍA GENERAL  
DE INSTITUCIONES  
PENITENCIARIAS

**Catálogo general de publicaciones oficiales**  
**[http:// www.060.es](http://www.060.es)**

Edita: Ministerio del Interior. Secretaría General Técnica.  
NIPO: 126-09-098-2  
Depósito Legal: M-51239-2009  
Imprime: Organismo Autónomo Trabajo Penitenciario y Formación para el Empleo  
Taller de Artes Gráficas del Centro Penitenciario de Madrid III (Valdemoro)  
Ctra. Pinto - S. Martín de la Vega, km. 5 - 28340 Madrid

# Índice

Introducción .....	7
1. El modulo de discapacitados: la medida de seguridad privativa de libertad de internamiento en centro educativo especial y los penados discapacitados .....	11
1.1. El internamiento en centro educativo especial .....	11
1.2. La unidad de penados del módulo de discapacitados .....	13
2. El protocolo del modulo de discapacitados .....	15
3. Programa marco de intervención .....	19
3.1. Análisis de la realidad y necesidades detectadas .....	19
3.2. Normativa especifica del modulo de discapacitados .....	21
3.2.1.Descripción de la población .....	22
3.3. Perfil del usuario .....	23
3.3.1. En general .....	23
3.3.2. En el plano intelectual .....	24
3.3.3. Capacidad de relación y adaptación social .....	24
3.3.4. Dificultades concretas .....	24
3.4. Objetivos .....	25
3.4.1. Objetivos generales .....	25
3.4.2. Objetivos específicos .....	25
3.5. Metodología .....	26
3.6. Recursos .....	27
3.6.1. Recursos Materiales .....	27
3.6.2. Recursos Humanos .....	28
3.6.2.1. Organización del Equipo .....	28
3.6.2.2. Funciones del Equipo .....	29
3.6.2.3. La figura del interno de apoyo .....	30
3.7. Áreas de intervención .....	31

3.7.1. Habilidades de la vida diaria.....	31
3.7.1.1. Necesidades detectadas .....	31
3.7.1.2. Objetivos .....	32
3.7.1.3. Metodología e intervención .....	32
3.7.1.4. Evaluación y resultados .....	33
3.7.2. Formación Académica .....	34
3.7.2.1. Necesidades detectadas .....	34
3.7.2.2. Objetivos .....	35
3.7.2.3. Metodología e intervención .....	35
3.7.2.4. Evaluación y resultados .....	36
3.7.3. Hábitos pre-laborales, formación profesional y actividades ocupacionales.....	36
3.7.3.1. Necesidades detectadas .....	36
3.7.3.2. Objetivos .....	37
3.7.3.3. Metodología e intervención .....	38
3.7.3.4. Evaluación y resultados .....	38
3.7.4. Educación para la salud .....	39
3.7.4.1. Necesidades detectadas .....	39
3.7.4.2. Objetivos .....	39
3.7.4.3. Metodología e intervención .....	39
3.7.4.4. Evaluación y resultados .....	40
3.7.5. Habilidades sociales y autocontrol .....	41
3.7.5.1. Necesidades detectadas .....	41
3.7.5.2. Objetivos .....	41
3.7.5.3. Metodología e intervención .....	42
3.7.5.4. Evaluación y resultados .....	43
3.7.6. Educación Social .....	44
3.7.6.1 Necesidades detectadas .....	44
3.7.6.2. Objetivos .....	44
3.7.6.3. Metodología e intervención .....	45
3.7.6.4. Evaluación y resultados .....	46
3.7.7. Utilización de recursos externos y generalización de aprendizajes.	46
3.7.7.1. Las salidas terapéuticas .....	47
3.7.8. La Familia .....	48
3.8. Evaluación .....	48
3.8.1. Algunas consideraciones .....	48

3.8.2. Recabar información .....	49
3.8.3. Dos formas, varios momentos .....	50
3.8.3.1. Evaluación individualizada .....	50
3.8.3.2. Evaluación global .....	51
3.9. Consideraciones desde el plano de la intervención psicológica .....	55
3.9.1. Antes de la entrada en la Unidad Educativa Especial .....	55
3.9.1.1. La necesidad de intervención psicológica .....	55
3.9.1.2. A vueltas con la necesidad de un diagnóstico adecuado .....	56
3.9.2. Durante la permanencia en la Unidad Educativa Especial .....	57
3.9.2.1. Voluntariedad vs. Obligatoriedad .....	57
3.9.2.2. Adaptación a la unidad y a la normativa .....	58
3.9.2.3. La figura del interno de apoyo .....	59
3.9.2.4. Planificación de estrategias de intervención .....	60
3.9.2.5. Técnicas e instrumentos .....	61
3.9.2.6. Conductas disruptivas y/o desafiantes .....	62
3.9.2.7. Adherencia a los tratamientos .....	63
3.9.3. Después de pasar por la unidad educativa especial .....	64
3.9.3.1. La colaboración familiar .....	64
3.9.3.2. La derivación .....	65
3.10. Relación de fichas de evaluación .....	66
<b>4. Cuestiones específicas desde la perspectiva jurídica y de gestión de la medida .....</b>	<b>67</b>
4.1. La necesidad de un diagnóstico acertado .....	67
4.2. Relación jurídica penitenciaria y discapacidad intelectual .....	67
4.3. La incapacitación .....	70
4.4. La responsabilidad civil .....	72
4.5. La cuestión de la duración de la medida y la concurrencia de penas y medidas .....	73
4.5.1. El principio de proporcionalidad .....	73
4.5.2. Concurrencia de penas y medidas de seguridad privativas de libertad impuestas en el mismo proceso .....	75
4.5.3. La concurrencia de penas y medidas privativas de libertad impuestas en diferentes procesos .....	75
4.6. La ejecución de la medida. La sustitución .....	77
4.7. La problemática de la excarcelación.....	80
4.7.1. La excarcelación tutelada .....	81

4.7.2. La libertad excarcelada: desamparo y autorización de internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico .....	82
5. Anexos. Fichas de Evaluación . .....	85

*A los ocho años supe que los Reyes Magos no existían. Me quedé un poco perplejo y desamparado. No fue agradable, porque entonces comprendí que el Árbol del Conocimiento es fuente de toda inquietud y pesadumbre.*

Emilio Pascual. "Días de Reyes Magos"

# Introducción



La Unidad Educativa Especial del Centro Penitenciario de Segovia inicia su andadura el 25 de Febrero de 2.004. Su nacimiento se debe a las exigencias del Código Penal que crea esta medida de seguridad privativa de libertad<sup>1</sup>. En sus inicios ocupó un ala de la Enfermería del Establecimiento, embrión que dará origen al Modulo de Discapacitados, que hoy funciona como una unidad de clasificación autónoma y auto-suficiente con la finalidad de rentabilizar y ampliar la intervención a internos penados discapacitados intelectuales y sensoriales<sup>2</sup>. Así y como se verá ocupan el citado módulo internados a medida de seguridad privativa de libertad de internamiento en Unidad Centro Educativa Especial y penados discapacitados diagnosticados.

<sup>1</sup> No es una creación específica del C.P. de 1.995 pues como se verá ya el C.P. derogado, tras la reforma de la L.O. 8/83, habla de Centro Educativo Especial en su Art. 8.3º.

<sup>2</sup> Desde el 7.11.05 viene funcionando como Módulo de Discapacitados.



El presente trabajo pretende acercar al lector a la compleja cuestión de la intervención en prisión con personas con discapacidad intelectual. Principalmente discapacidad intelectual<sup>3</sup> pues, aunque podamos hacer referencias a otro tipo de discapacidad, estas serán de manera tangencial. Prisión y discapacidad intelectual, acaso dos líneas paralelas limitadas cada una de ellas por la propia exclusión social, dentro de aquel concepto del “problema de otros”<sup>4</sup>. Discapacidad intelectual y no enfermedad mental, para no confundirnos.

La publicación de este Documento tiene sentido si atendemos a la especialidad de gestión que reclama el diseño legal de nuestro orden penal y a la intervención específica y especializada que, como veremos, necesitan estos internos. Y de ahí nuestro atrevimiento al pensar que puede cumplir un fin didáctico razonable.

Según se puso de manifiesto por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias en las I Jornadas Estatales sobre Atención a Personas con discapacidad intelectual en Centros Penitenciarios, celebradas en Sevilla desde el 22 al 24 Octubre 2.007, en una primera aproximación pueden existir alrededor de 2.300 reclusos con discapacidad intelectual, física o sensorial en los Establecimientos Penitenciarios. De estos, en torno a 522 estarían afectadas de discapacidad intelectual, lo que nos acerca al 1% de la población interna.

Estamos convencidos de que la intervención y el tratamiento de estas personas, incluso su trato, una vez que han cometido un hecho que reviste los caracteres de delito, constituye un presupuesto ético de la política criminal y penitenciaria y nace de la propia dignidad de la persona. No es solo, por tanto, la justificación desde el plano normativo del interés preponderante, por muy loable que sea y es, la prevención de futuros delitos para quienes, tienen anulada y ausente su capacidad de motivarse por la norma<sup>5</sup>.

Todo esto lo decimos desde la experiencia conocida, ahora, de una realidad que ha supuesto una nueva exigencia profesional tanto para nosotros quienes, junto con la Dirección, pusimos en marcha el proyecto como para los propios funcionarios, de vigilancia o tratamiento, que trabajan en el interior del Módulo, a los que agradece-

---

<sup>3</sup> Sobre concepto véase, por ejemplo: VERDUGO ALONSO Miguel Ángel. “Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana de retraso Mental de 2002”. Instituto de Integración en la Comunidad. Universidad Salamanca. w.w.w. inico.usal.es/

<sup>4</sup> Parte de este trabajo fue expuesto en las I Jornadas Estatales sobre Atención a Personas con discapacidad intelectual en Centros Penitenciarios. Sevilla 22 a 24 Octubre 2.007. Ponencia “Medida de seguridad privativa de libertad de Unidad Educación Especial. Su problemática. Centros abiertos. Perspectivas de Futuro”.

<sup>5</sup> Véase Cerezo Mir. Derecho Penal Español Parte General. Teoría Jurídica Delito 2. Ed. Tecnos. 2.001. Pág. 52

mos su colaboración. Agradecimiento que hacemos extensivo a los profesionales de FEAPS<sup>6</sup> que trabajan con nosotros en esta tarea, al Magistrado Juez del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria de Valladolid D. Florencio de Marcos que conoce de primera mano la problemática del Módulo y, finalmente, a quienes desde la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias nos confiaron y confían esta tarea que nos ha hecho, como se dijo, crecer profesionalmente.

---

<sup>6</sup> Confederación Nacional de Organizaciones a favor de personas con discapacidad intelectual.



# I. El Módulo de Discapacitados

## La medida de seguridad privativa de libertad de internamiento en Centro Educativo Especial y los penados discapacitados.

---

### I.1. El internamiento en Centro Educativo Especial

Tras la entrada en vigor del CP de 1.995 aparece la medida de internamiento en Centro Educativo Especial como una medida de seguridad privativa de libertad, postdelictual, que viene recogida en los Arts. 96.2.3<sup>a</sup>, 101 y 103 del CP y referida a las eximentes del Art. 20.1 y 20.3 del mismo texto: anomalía o alteración psíquica o alteraciones en la percepción desde el nacimiento o infancia<sup>7</sup>. También es aplicable esta medida de seguridad en casos de eximente incompleta de los números antes citados, de conformidad con el art. 104 y 99 C.P. Hablamos, por tanto, desde el plano material, de un Centro adecuado para el tratamiento de anomalías o alteraciones psíquicas o de alteraciones de la percepción, en el sentido apuntado, que no sean susceptibles de ingreso psiquiátrico. No dice el Código Penal que el internamiento deba ser en Establecimiento Penitenciario, cuestión que habrá de valorarse por el Juez o Tribunal sentenciador. Desde la normativa penitenciaria el tratamiento de estas personas en los establecimientos especiales es una exigencia de la LOGP (arts. 1, 7c y 11c).

Aún a pesar del tiempo ya pasado desde la aparición de la medida de seguridad privativa de libertad de internamiento en Centro Educativo Especial no se ha producido su desarrollo reglamentario. Ha sido tradicional la regulación de la medida de seguridad de ingreso en Psiquiátrico Penitenciario, hoy recogida en los arts. 183 y ss., como una forma especial de ejecución. Acaso porque, como se ha señalado, nada dice el Código Penal sobre su cumplimiento en el sistema penitenciario, el art. 182.3 del

---

<sup>7</sup> El Código Penal de 1.973 regulaba en su art. 8.1<sup>o</sup> la eximente de enajenación y trastorno mental transitorio siempre que no hubiera sido buscado de propósito, aplicando internamiento en uno de los establecimientos destinados a enfermos de aquella clase. En el Art. 8.3<sup>o</sup> aplicaba eximente al sordomudo de nacimiento o desde la infancia que carezca en absoluto de instrucción, debiendo ser ingresado en un establecimiento de educación de anormales. Tras la reforma de la Ley Org. 8/83 en este último supuesto se habla de alteración de la percepción "teniendo alterada gravemente la conciencia de la realidad" y se aplica la medida de internamiento en Centro Educativo Especial. La Orden de Ministerio de Justicia de 22.5.90 suprimió el Departamento de oligofrénicos de León, creándose un nuevo Departamento en CP Sevilla II, que posteriormente desapareció. Véase Fernández Arevalo Luis. "Los Centros de Educación Especial". [www.fiscalia.org](http://www.fiscalia.org).

R.P. habilita a la Administración Penitenciaria para realizar convenios con otras Administraciones o entidades colaboradoras para la ejecución de medidas privativas de libertad. Tenemos dudas acerca de si el RD 515/ 05, de 6 de mayo, sobre trabajo en beneficio de la comunidad, localización permanente y otras medidas de seguridad no privativas de libertad, podría haber sido el lugar para un mínimo desarrollo de esta medida. En cualquier caso debe ser materia a abordar, por su especificidad, en una futura reforma reglamentaria.

La medida de seguridad nace del presupuesto de haberse cometido un hecho delictivo, haber sido declarado el autor inimputable o semiimputable en el proceso (arts. 101 a 104 C.P.) y existir peligrosidad criminal<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Nos parece oportuno para poder entender lo dicho y lo que se dirá a continuación, aproximarnos conceptualmente al diseño de las consecuencias jurídicas del delito. Las más importantes son las penas y las medidas de seguridad. Las penas a imponer, bien principales o accesorias, son privativas de libertad, privativas de otros derechos y multa. Las medidas de seguridad pueden ser privativas y no privativas de libertad.

Para ser condenado a una pena el autor de un hecho delictivo ha de ser imputable, es decir ha de ser capaz de ser culpable. En el Código Penal español no se define la imputabilidad, si bien de acuerdo con la teoría mayoritaria y con la regulación de las eximentes del art. 20.1 y 2. del citado texto legal, podemos definirla como la capacidad del sujeto de comprender el carácter ilícito de su conducta y de actuar conforme a esa comprensión.

La imposición de una medida de seguridad parte de otro presupuesto. En el caso de que el autor del hecho delictivo sea declarado inimputable, por la apreciación de una de las eximentes de los números 1 a 3 del art. 20 C.P. (1. Anomalía o alteración psíquica. 2. Intoxicación plena por consumo de alcohol y tóxicos 3. Grave alteración de la conciencia por sufrir alteraciones de la percepción desde el nacimiento o infancia) y exista posibilidad de que el sujeto pueda llevar a cabo en el futuro hechos delictivos se puede aplicar una medida de seguridad (arts. 95 y ss. C.P.). Hemos subrayado el hecho delictivo porque la medida será postdelictual (no caben medidas predelictuales) e igualmente subrayamos el factor peligrosidad criminal pues es el fundamento de la medida. También se pueden aplicar medidas de seguridad a los semiimputables. Son semiimputables aquellos a los que no se les aplica las eximentes completas, pues no concurren plenamente las circunstancias citadas y, por tanto, no se afecta por completo su imputabilidad. Son objeto de aplicación de la eximente incompleta del Art. 21.1 C.P. y la pena a imponer será inferior en uno o dos grados según el Art. 68 C. P. En este caso, el Art. 104 del C.P. permite aplicar, junto con la pena, una medida de seguridad que se aplicará conforme el sistema, llamado vicarial, del Art. 99 del citado texto y que veremos más adelante. Hemos de recoger en este esquema los principios de proporcionalidad y necesidad de las medidas de seguridad del Art.6.2 C.P., al señalar que las medidas de seguridad no pueden resultar más gravosas ni de mayor duración que la pena *abstractamente* aplicable ni exceder el límite de lo necesario para prevenir la peligrosidad del autor. Se eliminan así las medidas de seguridad "sine die" y no se puede imponer medida de seguridad privativa de libertad cuando la pena que hubiere podido imponerse no fuera de tal condición. Las medidas de seguridad son, por tanto, privaciones o limitaciones de derechos impuestas, cuando fuere necesario, a sujetos inimputables o semiimputables, como consecuencia de su peligrosidad criminal postdelictual y cuya finalidad es su tratamiento (curación y educación).

Finalmente, para comprender el alcance de lo dicho, tres cuestiones:

- a) El Código Penal parte de una concepción mixta en la regulación de las causas de inimputabilidad. Ha de padecerse trastorno, enfermedad o anomalía en el momento del hecho y consecuentemente o además, por tanto, dejar de comprender el carácter ilícito del hecho.
- b) Siguiendo a SERRANO TARRAGA, del estudio de dieciséis sentencias del Tribunal Supremo desde 1987 a 1997 por causa de discapacidad por retraso mental se pueden extraer las siguientes consideraciones: 1.- Tendencia a ampliar el ámbito de la eximente incompleta a costa de no aplicar atenuante por analogía. 2. En once sentencias estimó imputabilidad disminuida, no anulada, por retraso mental grave moderado y leve (49 a 70 C.I.). 3. En tres sentencias imputabilidad ligeramente disminuida por retraso mental de grado medio y torpeza mental. 4. En un caso apreció eximente completa por retraso mental, con C.I. 30. 5. En un caso imputabilidad plena por torpeza mental. SERRANO TARRAGA María Dolores. "Retraso mental e imputabilidad".IV Congreso Andaluz de Ciencias Penales. Pág. 544. El Puerto de Santa María 1.998.UNED. Cádiz.

## **1.2. La unidad de penados del módulo de discapacitados**

Los internos penados diagnosticados de discapacidad intelectual que cumplen condena en la Unidad de Penados del Módulo de Discapacitados lo hacen en su totalidad clasificados en segundo grado de tratamiento. El hecho de ser penados nace de haber sido declarados imputables en el proceso. Naturalmente estos internos, al ser penados, siguen el itinerario penitenciario del resto de los internos penados. Cuando procede, según sus variables, son progresados a tercer grado y destinados a un Centro de Inserción Social u otras unidades de cumplimiento. Durante su estancia en el Módulo se aplica el principio de comunidad terapéutica del art. 115 R. P. por lo que la Junta de Tratamiento asume funciones de Consejo de Dirección y Comisión Disciplinaria en relación con los penados.

---

(viene de la página anterior) c) La S.T.S. 1459/2.001, de 24 de Octubre, recoge... " que el Manual Diagnóstico Estadístico de los trastornos mentales de la American Psychiatric Association, en su cuarta revisión (DSM IV), en relación con el retraso mental establece cuatro grados de intensidad: leve, moderada, grave o severa y profunda. Es retraso mental leve cuando el C.I. el comprendido entre 50-55 y 70. Es moderado cuando se encuentra entre 35-40 y 50-55. Será grave entre 20-25 y 35-40. Se considerará profundo cuando sea inferior a 20-25. La Jurisprudencia de esa Sala ha aceptado que por debajo de 25 se determina una irresponsabilidad total. Entre 25 y 50 determina la aplicación de la eximente incompleta de enajenación mental. Entre 50 y 70 la responsabilidad penal se considera disminuida por el juego de una atenuante simple. Por encima de 70 son en general imputables penalmente..."



## 2. El Protocolo del Módulo de Discapacitados

---

La ausencia de desarrollo normativo de la medida de seguridad de internamiento en Centro de Educación Especial, a la que ya hemos aludido, motivó que el Consejo de Dirección del Centro Penitenciario de Segovia elaborara un primer protocolo de funcionamiento, que fue aprobado por la Subdirección General de Gestión Penitenciaria, de la entonces Dirección General de Instituciones Penitenciarias, en fecha 30.3.04.

Posteriormente la Dirección General de Instituciones Penitenciarias priorizó el incrementar la atención a internos que presentan discapacidad intelectual<sup>9</sup>, física y sensorial. Así, en el segundo protocolo de funcionamiento se establece la necesidad de potenciar y mantener la Unidad Educativa Especial del Centro Penitenciario de Segovia, que como se dijo alberga a internos sometidos a medida de seguridad privativa de libertad de internamiento en Centro Educativo Especial, y por otro ampliar y rentabilizar ese espacio terapéutico, de manera que puedan ingresar en la misma internos penados que presenten discapacidad, una vez detectada. Este segundo protoco-

---

<sup>9</sup> De acuerdo con la Clasificación Internacional de la Discapacidad y Salud (CIF), aprobada por OMS en 2.001

- a) Deficiencia. Pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica (CIDDMM).
- b) Discapacidad. Debido a una deficiencia es una restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen de normalidad para un ser humano.
- c) Minusvalía. Consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad es una situación desventajosa para el individuo. Limita o impide el desempeño de un rol apropiado a su edad, sexo y factores sociales o culturales.

Discapacidad intelectual: Definición (Asociación Americana sobre Discapacidad Intelectual. AMMR. 2.002): Limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual. La inteligencia es una capacidad mental general que incluye razonamiento, planificación y resolución de problemas. Su evaluación lo es a través de puntuaciones de CI (+ de dos desviaciones típicas por debajo de la media).

Limitaciones en la conducta adaptativa, en habilidades conceptuales, sociales y prácticas. (+ de dos desviaciones típicas por debajo de la media). Comienza antes de los 18 años. La discapacidad intelectual se caracteriza por un funcionamiento inferior a la media que se manifiesta antes de los 18 años. Puede verse sobre definición [http://www.espa-ciologopedico.com/Articulos2.php?Id\\_Articulo=402](http://www.espa-ciologopedico.com/Articulos2.php?Id_Articulo=402), publicado por P. A. Tresols y M.F. de Benedetto. Con las prevenciones que hay que tomar ante cualquier tipología, la discapacidad intelectual por retraso mental requiere un nivel de inteligencia, como norma general, por debajo de C.I. 70 y que incida en serios problemas adaptativos. Y es que los casos de C.I. levemente por debajo de 70, que no presenten déficits importantes en su conducta adaptativa, no deberían ser considerados casos de retraso. Atendiendo exclusivamente al C.I. entendemos como retraso mental límite 70/85, 55/70 leve, 40/55 moderado, 25/40 grave, e inferior a 25 profundo.



lo fue aprobado por la Subdirección General de Tratamiento y Gestión Penitenciaria en resolución de fecha 10.11.05.<sup>10</sup>

El Protocolo de Funcionamiento es un instrumento para la gestión, coordinación y puesta en común de esta forma de internamiento. Regula el ingreso, la forma de ejecución y las especialidades del régimen de internamiento. Dispone que el ingreso en el Módulo de Discapacitados será ordenado por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias y así, específicamente:

- A) Serán destinados a la Unidad Educativa Especial aquellas personas sentenciadas a medida de seguridad privativa de libertad - Artículo 96.2.3<sup>a</sup>, Artículo 101 y Artículo 103 del Código Penal- por aplicación de las eximente primera y tercera del Artículo 20 del Código Penal. Asimismo, para los internos sometidos a medida de seguridad privativa de libertad, conforme a las prescripciones del Artículo 104 del Código Penal por aplicación de eximente incompleta primera y tercera del Artículo 20 del Código Penal.
  
- B) Serán destinados a la Unidad de Penados discapacitados intelectuales o sensoriales aquellos internos que presenten discapacidad. La propuesta de traslado se formulará por la Junta de Tratamiento previa detección del caso y estudio-valoración, remitiéndose, junto con acuerdo de clasificación o revisión de grado penitenciario, a la Subdirección General de Tratamiento y Gestión Penitenciaria del Centro Directivo, quien tomará el acuerdo oportuno. El perfil para ingreso en la Unidad de penados Discapacitados se valorará de manera individualizada por los Servicios competentes de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.

El Módulo de Discapacitados, físicamente, es un módulo autosuficiente que cuenta con sala de usos múltiples, aula escuela, tres aulas independientes, una de ellas de informática, talleres ocupacionales, formativos y un patio para actividades ocio-deportivas. Se hace uso, además, de zonas comunes, acompañados de personal de interven-

---

<sup>10</sup> Esta política lo es en sintonía con los resultados del trabajo de una comisión "ad hoc", que trabajó en la DGIP, para estudio del abordaje de los internos que presentan tales discapacidades que presentó en el año 2.005 sus conclusiones. Estas pueden verse en Documentos Penitenciarios 5. Ed. Secretaría Gral. Técnica Ministerio Interior, 2.006. Posteriormente el 10 de Mayo de 2.006 se firma con FEAPS (Confederación Española de organizaciones a favor de las personas con discapacidad intelectual) un Convenio de colaboración, que tiene como objeto la realización de programas de tratamiento y de inserción. Específicamente se detalla la detección, diagnóstico, elaboración, ejecución de programas, propuesta de alternativas y acciones preparatorias para la excarcelación. A partir de estas fechas se ha incorporado, como programa específico en los Establecimientos Penitenciarios, el programa de discapacitados en prisión. En Abril de 2.007 estaba implantado en 22 Centros Penitenciarios.

ción, como piscina, polideportivo, pabellón sociocultural, cine y otros. Ha sido objeto de convenio con FEAPS su colaboración dentro del Programa de intervención con discapacitados debiendo destacarse su trabajo en favor de este grupo de internos, de su normalización y de su acercamiento a familias y redes sociales.



## 3. Programa marco de intervención

---

### 3.1. Análisis de la realidad y necesidades detectadas

Desde hace tiempo, se viene observando dentro de la población penitenciaria un tipo de personas que, por haber sido declaradas inimputables desde el punto de vista legal y haber sido sometidos a una medida de seguridad de internamiento en un Centro Educativo Especial presentan una necesidad de tratamiento especializado distinto del resto de la población penitenciaria. Las medidas de seguridad de internamiento, según establece el Código Penal, pueden ser de tres tipos:

- Internamiento en un Centro Educativo Especial
- Internamiento en un Centro Psiquiátrico
- Internamiento en un Centro de Tratamiento de Drogodependencias.

Mientras que para las personas que tienen impuestas cualquiera de las dos últimas existen, por un lado, los centros psiquiátricos penitenciarios y por otro los distintos centros en régimen de Comunidad Terapéutica u otros gestionados por asociaciones y/o particulares; para los sometidos a medida de internamiento en un Centro Educativo Especial no existía ningún centro ni tampoco ningún tratamiento específico en prisión adaptado a sus necesidades.

Este tipo de personas, que en su mayoría son declarados exentos de responsabilidad criminal, atendiendo a sus características psicológicas (sobre todo retrasos intelectuales, sensoriales y en muchas ocasiones combinados con trastornos de conducta y/o de personalidad), se encontraban en los psiquiátricos penitenciarios en su mayoría, pero también en centros penitenciarios normales conviviendo con personas condenadas a penas privativas de libertad.

Se hace, así pues, necesario la creación de una infraestructura arquitectónica, de recursos humanos y de diseño de actuaciones para dar cobertura a las necesidades de esta población.

Por otra parte, existen internos condenados a pena privativa de libertad que, aun habiendo sido considerados imputables, tienen un perfil psicológico muy similar al de otros a los que se les ha aplicado una medida de seguridad de internamiento en un Centro Educativo Especial, por lo que sus necesidades de tratamiento son las mismas, o por lo menos podrían ser usuarios del mismo programa de tratamiento que los anteriores.

Finalmente existen personas que han sido juzgadas por varias responsabilidades penales en distintos juzgados habiendo sido considerados por unos jueces imputables y por otros inimputables, con lo cual constan condenados por unas causas a penas privativas de libertad y por otras, se les exime de responsabilidad criminal y se les aplica una medida de seguridad de internamiento, requiriendo igualmente el mismo tratamiento.

Así pues, tenemos tres tipos de internos susceptibles de ser usuarios de un programa para discapacitados: Los sometidos a medida de seguridad de internamiento en un Centro Educativo Especial con una discapacidad intelectual y/o sensorial.

- Los condenados a pena privativa de libertad que presentan una discapacidad intelectual y/o sensorial.
- Los, llamémoslos “mixtos”, que tienen unas responsabilidades penadas y también tienen impuestas medidas de seguridad de internamiento por otras causas e igualmente a los anteriores presentan una discapacidad intelectual y/o sensorial.

Lo que está claro es que estos tres tipos de internos tienen una cosa muy importante en común: son discapacitados y por lo tanto presentan unas necesidades muy concretas en lo referente al diseño de su programa de tratamiento y a la intervención a realizar con ellos durante su internamiento.

Por lo que se refiere a la experiencia vivida por algunos de ellos en los centros penitenciarios, es muy negativa por haber sido objeto de mofas y abusos por parte de otros internos y en otras ocasiones acarrean numerosos expedientes disciplinarios por sus trastornos de conducta, lo que ha llevado a la aplicación del Artículo 75.2 del Reglamento Penitenciario en el primero de los casos, y del Artículo 75.1 del Reglamento Penitenciario en el segundo prolongándose estas situaciones indefinidamente y repitiéndose en todos los centros por donde han pasado. En el mejor de los casos, han permanecido recluidos también de forma indefinida en los departamentos de enfermería de los centros sin ninguna posibilidad de dar salida a ese estancamiento y, en cualquiera de los tres casos sin poder intervenir desde el punto de vista

tratamental. A la vista de esta situación, la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, hoy Secretaría General de Instituciones Penitenciarias decide poner en marcha un programa de intervención con discapacitados en el Centro Penitenciario de Segovia constituyendo uno de sus módulos residenciales (módulo I) como Unidad de Discapacitados donde conviven tanto internos sometidos a medida de seguridad de internamiento en un Centro Educativo Especial como penados a pena privativa de libertad, pero que presentan una discapacidad intelectual y/o sensorial, éstos últimos en régimen de Comunidad Terapéutica. El programa de intervención es exactamente el mismo para los dos tipos de internos, eso sí, con las peculiaridades propias para cada caso.

### **3.2. Normativa específica del módulo de discapacitados**

Al tratarse de un módulo residencial de un Centro Penitenciario, está sujeto, en general a las mismas normas que el resto de los módulos sobre todo en cuanto a organización y horarios. Pero como posee la peculiaridad de ser un módulo de discapacitados en el que se está desarrollando un programa terapéutico, existe una normativa específica que se resume en los siguientes puntos:

- Todos los usuarios del programa tendrán asignado un interno de apoyo que supervisará su comportamiento y el cumplimiento de las instrucciones del Equipo de Intervención del módulo y les ayudará a realizar las tareas que les resulten más dificultosas.
- Es obligatorio seguir el tratamiento farmacológico médico/psiquiátrico tal y como ha sido prescrito, sin excepciones.
- Es obligatorio asistir y participar en las actividades que se realizan dentro del módulo.
- Es obligatorio participar en la limpieza de los espacios de uso común del módulo, mantenerlo en orden y cuidado así como cuidar el mobiliario y los materiales que el Centro pone a disposición de los usuarios del programa.
- El Equipo de Intervención puede administrar la cantidad de dinero disponible cada semana en la tarjeta, así como los gastos, compras de economato y peticiones al demandadero.
- No se puede faltar al respeto de ninguna manera a los profesionales del Equipo de Intervención, los funcionarios en general, los internos de apoyo y los demás compañeros.

- El Equipo de Intervención puede realizar control analítico de tóxicos cuando y a quienes considere oportuno.

### 3.2.1. Descripción de la población.



La mayor parte de la población tiene como diagnóstico principal retraso mental. Los niveles intelectuales oscilan entre inteligencia límite y retraso mental moderado. La mayoría padece un retraso mental leve-moderado.

Suele ser infrecuente encontrar retrasos mentales como único diagnóstico por lo que subsiste con otros trastornos. Los más habituales son:

- trastornos de personalidad
- trastornos de conducta (falta de control de impulsos, auto o heteroagresividad tanto física como verbal)

- drogodependencias y/o alcoholismo
- patologías psiquiátricas (esquizofrenia, trastornos obsesivo-compulsivos, trastornos del estado de ánimo, ansiedad etc.)
- patologías neurológicas, sobre todo epilepsia
- discapacidad sensorial (sordomudez, discapacidad visual etc.)

La mayor parte de la población tiene concedido el Certificado de Minusvalía atendiendo a su discapacidad, pero en los casos en los que no es así, se tramita desde aquí. Casi todos son perceptores de una pensión no contributiva porque su grado de minusvalía supera el 65%. Ocurre lo mismo con la incapacidad, procedimiento por el que se le asigna un tutor legal, que en unos casos es un miembro de su familia y en otros es la Comunidad Autónoma (tutela institucional). Se están atendiendo una media de 22 internos en el programa.

A todo esto, hay que añadir los problemas de tipo social que presentan como desestructuración familiar, deficiente socialización, marginalidad en su entorno, secuelas de institucionalización, exposición a modelos inadecuados de comportamiento, rechazo por parte de sus familias etc.

### 3.3. Perfil del usuario

Las personas con inteligencia límite o con retraso intelectual leve-moderado presentan, en la mayoría de los casos, un desajuste social, provocado principalmente por las dificultades de adaptación que les caracterizan. Estas personas no están adaptadas al entorno que las rodea que a menudo es demasiado competitivo, exigente y rápido; y tampoco el entorno está hecho para las personas con inteligencia límite, ya que no se conoce suficientemente esta problemática, ni sus necesidades, ni sus capacidades.

Algunas de sus características se presentan a continuación.

#### 3.3.1. En general

- No poseen rasgos físicos aparentes, (son personas normales y corrientes). Esta aparente normalidad tiene ventajas pero también inconvenientes: les hace sentirse incomprendidos por los familiares e incluso a veces por los propios profesionales.
- Desfase entre su edad cronológica y su edad mental, a partir de la adolescencia, se hace más evidente la disonancia de intereses con sus coetáneos.
- Falta de iniciativa y limitada capacidad para generar mecanismos racionales que les permita la resolución de situaciones cotidianas.



### **3.3.2. En el plano intelectual**

- Proceso de aprendizaje lento, que necesita más apoyo y más tiempo para alcanzar los contenidos, teniendo que estructurarlos (dar pocos y claros).
- Déficit en la comprensión de dimensiones abstractas, dificultad en organizarse, siendo necesario mecanizar, repetir la operación hasta conseguir aprender la operación.
- Lenguaje limitado.
- Necesidad de habilidades adaptativas en el cuidado de sí mismo y el autogobierno.
- Dificultad en la gestión del dinero, en la devolución del cambio y el valor del dinero.
- Problemas de procesamiento de información y memorización y retención de la misma (discapacidades cognitivas).

### **3.3.3. Capacidad de relación y adaptación social**

- Dificultades en las relaciones afectivas, hacer amigos, tener pareja, formar familia.
- Dificultad en la asunción de algunas responsabilidades consideradas propias de personas adultas, control de recursos económicos, encontrar un puesto de trabajo y mantenerlo, capacidad de elección, finalizar tareas, etc.
- Falta de iniciativa y capacidad de improvisación, fuera de sus hábitos

### **3.3.4. Dificultades concretas**

- Personas con deficiencia intelectual moderada y limite, teniendo asociados algunos de ellos trastornos mentales.
- Deficiencias auditivas, entre los internos contamos con varias personas con déficit auditivo los cuales además de las anteriores dificultades se les suma su problemática de comunicación y de comprensión del mundo que les rodea, lo que a veces provoca situaciones de frustración y agresividad.
- Personas que han cometido un delito, cuentan en su expediente con antecedentes penales y con las evidentes secuelas de Institucionalización.
- Estas personas presentan graves problemas de falta de control de impulsos lo que origina que no poseen capacidad de autocontrol y carecen de estrategias para la canalización de su agresividad.

- Por último decir que son personas con capacidad intelectual límite y/o retrasos leves/moderados que además presentan problemas de adicción a sustancias tóxicas: drogas, pastillas, alcohol.

### **3.4. Objetivos**

#### **3.4.1. Objetivos Generales**

- Atender a las necesidades de tratamiento de los discapacitados en prisión.
- Trabajar en colaboración con sus familias (en el caso de que la tengan) para concienciarles del problema y dotarles de herramientas para solucionarlo.
- Enseñar a los internos, siempre dentro de sus posibilidades, estrategias que les proporcionen una autonomía personal e incidir en los aspectos que les han llevado a cometer el delito para garantizar en la medida de lo posible que no se vuelva a producir.
- Buscar una derivación, ya próxima la libertad o bien cuando llevando un tiempo ya cumplido, el Equipo lo considere oportuno, y siempre consensuada con la familia, de forma que cuando salgan a la calle y optimizando la utilización de los recursos externos, continúen teniendo atendidas las necesidades de tratamiento propias de su discapacidad.

#### **3.4.2. Objetivos Específicos**

- Promover hábitos de limpieza, aseo personal, orden, higiene... de forma que consigan automatizarlos y así lograr una autonomía en las habilidades de la vida diaria.
- Dotarles de formación profesional y académica acorde a sus capacidades y preferencias y también conveniencia, según el caso.
- Promover hábitos pre-laborales (asistencia a actividades, puntualidad, esfuerzo, permanencia en la actividad, rendimiento, etc.)
- Promover la Educación para la Salud en sus distintos aspectos (higiene, nutrición, sexo seguro, enfermedades de transmisión sexual, adherencia a los tratamientos farmacológicos, tratamiento de drogodependencias, etc.)
- Entrenarles en Habilidades Sociales y autocontrol para canalizar emociones y saber reconocerlas en sí mismo y en los demás y aprender a controlar el propio comportamiento (actividades deportivas para descargar tensión).

- Corregir ciertos comportamientos delincuenciales adquiridos, en algunos de ellos desde hace años, y que les han proporcionado la picaresca necesaria para desenvolverse en la calle cometiendo delitos.
- Mantener permanentemente informada a la familia de las actuaciones que se están realizando con el interno y porqué. Orientar, informar y asesorar sobre los recursos sociales, económicos e institucionales a los que puede optar. Y, finalmente, consensuar con las familias las medidas a tomar una vez se aproxime la fecha de excarcelación.

### 3.5. Metodología

La metodología empleada consiste en realizar intervenciones tanto de tipo grupal como de tipo individual. La diferencia entre ambas (aparte de la que todos conocemos y su propio nombre indica) estriba en que, mientras que la primera se lleva a cabo siempre mediante tareas programadas, la segunda, se puede realizar si es necesario de forma improvisada, en cualquier momento, a veces intercalada con las intervenciones grupales. En las ocasiones en las que se planea la intervención individual, suele tratar de contenidos que han ido surgiendo sobre la marcha (salvo entrevistas de diagnóstico o problemática clínica con sintomatología muy definida).

Las técnicas empleadas son muy variopintas y pertenecen a las distintas especialidades y disciplinas de cada uno de los miembros del Equipo de Intervención, que lo ideal es que sea multidisciplinar. Se emplean técnicas de Psicología, fundamentalmente conductuales y cognitivas muy sencillas por la dificultad que presentan los usuarios, dado su perfil psicológico, para la comprensión de conceptos abstractos y técnicas cognitivas complejas. También se emplean técnicas de Educación Social, de Educación Especial y Terapia ocupacional, fundamentalmente (instrucción en lenguaje de signos, murales, role-playing, trabajos de plástica y manualidades, audiovisuales, informática etc.)

Cabe destacar que la base de la metodología empleada es el manejo del refuerzo (aplicación y retirada del mismo, tiempo fuera, coste de respuesta y reparación del daño, según si se pretende incentivar o extinguir conductas), el moldeado (refuerzo de conductas por aproximaciones sucesivas al objetivo), el aprendizaje vicario y modelado, así como el juego y el entretenimiento en la forma de transmitir los contenidos ya que este tipo de personas tienen una predisposición favorable a responder correctamente a este tipo de técnicas.

### 3.6. Recursos



#### 3.6.1. Recursos Materiales

El Programa se desarrolla en el Módulo I del Centro Penitenciario de Segovia, dotado con:

- Una sala de usos múltiples.
- Un aula para la escuela.
- Tres aulas más para trabajar en grupos terapéuticos y con los ordenadores.
- Dependencias para talleres ocupacionales y formativos.
- Una sala de peluquería y afeitado.
- Un patio para desarrollar actividades de ocio y deportivas.

Además se podrá hacer uso de los departamentos comunes para todos los internos del Centro Penitenciario:

- Polideportivo.
- Pabellón Sociocultural.
- Piscina.
- Salón de actos.
- Departamento de Comunicaciones.

### **3.6.2.- Recursos Humanos**

Por parte de FEAPS:

- Una Profesora de Educación Especial
- Una Terapeuta Ocupacional.
- Una Monitora Deportiva (en contratos temporales)

Por parte de Instituciones Penitenciarias:

- Coordinador/ Subdirector de Tratamiento.
- Una Coordinadora Técnica/ Psicóloga.
- Dos educadores.
- Una Trabajadora Social.
- Un Jurista.
- Una Psiquiatra.
- Un Médico.
- Funcionarios de Vigilancia.
- Maestros y Monitores de cursos de formación.

#### **3.6.2.1. Organización del Equipo de Intervención**

La forma de trabajar por parte de los profesionales es siempre en equipo y para ello se reúnen todas las personas que intervienen en el programa un día a la semana de forma que en esa reunión se pongan en común las informaciones recopiladas por cada profesional y se sienten las directrices de actuación y toma de decisiones relacionadas

con el funcionamiento del módulo. Las decisiones se toman siempre en equipo una vez sopesados los pros y los contras, de ese modo se transmite a los internos la manera de actuar de los profesionales y no focalizan las buenas o las malas noticias con nadie en particular, sino que lo asumen como una decisión de un equipo de intervención.

Mención especial merecen los internos de apoyo que colaboran en las tareas de tratamiento de forma permanente con el Equipo de Intervención. Se podría decir que con ellos se está llevando a cabo un programa de intervención específico para formarles y adecuar su perfil al desempeño de su labor en el módulo. Todas las semanas se reúnen con la Psicóloga que les instruye sobre cómo intervenir con los discapacitados. El intercambio de información con el resto del Equipo se produce de forma permanente a lo largo de la semana. Se trata de un puesto de alta confianza. Está sujeto a la relación laboral especial penitenciaria.

Aparte de las dos reuniones semanales mencionadas, hay que añadir la reunión general que se celebra invariablemente los martes y en la que participan todos los profesionales del Equipo, todos los internos de apoyo y todos los discapacitados. En esta reunión se evalúa el comportamiento tanto individual como colectivo de los usuarios del programa y en ella se comunican también las decisiones del Equipo respecto a las medidas a tomar en relación con los comportamientos manifestados (asignación de premios y castigos). Igualmente se aprovecha para resolver conflictos entre ellos y mediar en las tensiones. Además, se ponen de manifiesto problemas comunes a todos ellos y se trata de consensuar una solución haciéndoles partícipes de la misma intentando que se comprometan, se impliquen y se responsabilicen de las cosas que les afectan.

### 3.6.2.2. Funciones del Equipo

El Equipo de intervención asume las siguientes funciones:

- Implementar el programa tutelando las actividades programadas en grupos de trabajo, así como decidir sobre las medidas a adoptar en relación con el comportamiento de los internos.
- Supervisar la ejecución de las tareas impuestas a los internos y el cumplimiento de las normas por parte de los mismos.
- Prestar apoyo y asesoramiento individual a los internos en el momento en que lo necesiten.

- Formular propuestas a la Junta de Tratamiento referente a salidas terapéuticas de los internos y sobre mantenimiento o modificación de la medida de seguridad impuesta.
- Instruir y formar a los internos de apoyo y supervisar el correcto desempeño de su puesto de trabajo.
- Acompañar y tutelar a los internos durante las salidas terapéuticas.
- Supervisar las compras y gastos de la tarjeta de peculio de los internos.
- Entrevistarse con las familias y consensuar con ellos algunas medidas a adoptar a la hora de realizar derivaciones, programar visitas, realizar salidas, etc.
- Confeccionar informes de valoración y seguimiento de los internos para los jueces, tribunales y demás autoridades.
- Realizar todas las gestiones necesarias para la derivación de los internos a otros recursos adaptados a sus necesidades una vez excarcelados.

### **3.6.2.3. La figura del interno de apoyo**

Los internos de apoyo son internos seleccionados de entre los distintos módulos del Centro para realizar unas funciones específicas en relación con los usuarios del programa. Tienen una función de mediadores, ya que está sobradamente demostrada la efectividad de este tipo de estrategia para introducir cambios en el comportamiento y adquirir nuevos hábitos. A cada uno de ellos se le asigna un determinado número de internos (no todos necesitan el mismo tipo de apoyo) de los cuales se encarga y se preocupa de que cumplan las directrices marcadas por el equipo de intervención. Tienen una relación laboral penitenciaria.

Los internos de apoyo también cumplen una función de modelado hacia los demás internos dando ejemplo con su comportamiento, por eso una vez a la semana, la Psicóloga de II PP les reúne a todos para tratar de marcar unas directrices comunes a todo el grupo a la hora de actuar e intentar redistribuir las tareas en función de la capacitación de cada uno de ellos.

Este espacio común cumple las siguientes funciones:

- Descargar tensión.
- Crear conciencia de grupo.
- Marcar líneas de actuación adecuadas.
- Resolver dudas.

- Intercambiar información respecto a cada interno y a los incidentes acaecidos.
- Instruir a los internos de apoyo explicando las peculiaridades de este tipo de personas para que comprendan sus reacciones y puedan prevenir ciertos comportamientos. También se les instruye en técnicas de observación de conducta y manejo de situaciones conflictivas.
- Concienciar de la importancia de su labor sobre todo en los momentos en los que no se encuentra presente ningún miembro del equipo (los fines de semana, las noches etc.).

### **3.7. Áreas de intervención**

La intervención se realiza por áreas definidas a partir de los objetivos específicos marcados desde el principio del programa. Se podría considerar que la intervención en cada una de las áreas es un programa aparte dentro del marco general.

Las áreas de intervención son las siguientes:

- Habilidades de la vida diaria.
- Formación académica.
- Hábitos pre-laborales, formación profesional y actividades ocupacionales.
- Educación para la Salud.
- Habilidades sociales y autocontrol.
- Educación social.
- Utilización de recursos externos y generalización de aprendizajes.
- La familia.

#### **3.7.1. Habilidades de la vida diaria**

##### **3.7.1.1. Necesidades Detectadas**

- Falta de autonomía para la realización de tareas de autocuidado e higiene personal.
- Falta de autonomía para la realización de tareas de cuidado y orden de sus pertenencias y habitáculos.
- Falta de constancia en la realización de las tareas aprendidas.



### 3.7.1.2. Objetivos

- Aprender hábitos de higiene y cuidado personal así como de orden y cuidado de objetos y pertenencias y de limpieza y orden de la celda.
- Mantener las conductas adquiridas.

### 3.7.1.3. Metodología e Intervención



Para trabajar este aspecto que se refiere fundamentalmente al autocuidado, higiene, orden, limpieza de ellos mismos y de sus pertenencias así como de la celda, se ha diseñado una ficha en la que constan las variables que pretendemos evaluar divididas en varias columnas de lunes a viernes. Es la **Ficha I**. Revisión de orden, limpieza y aseo personal (ver Anexo). También se valora la puntualidad al acostarse y levantarse, la ducha diaria, el afeitado, el cepillado de dientes, el uso de ropa limpia, la celda ordenada, limpia y ventilada y si se ponen las gafas (el que las necesite). Las puntuaciones son MB= muy bien, B= bien, R= regular y M= mal. Inicialmente la revisión es diaria.

Uno de los terapeutas anota en la ficha que se encuentra pegada en la puerta de la celda las calificaciones obtenidas ese día. La evaluación se hace en presencia de todos. Posteriormente se revisan de forma aleatoria (p.ej. dos veces por semana) pero solamente se puntuará al mejor que lo haya hecho y por ello se haga merecedor de ser puntuado.

Se utiliza un programa de refuerzo intermitente. En un principio se utilizó un programa de refuerzo de intervalo fijo, y progresivamente se ha ido convirtiendo en un programa de refuerzo de intervalo variable por lo que se ha instaurado bastante sólidamente en los internos estos hábitos, aunque unos requieren mayor supervisión que otros. También se supervisa a las horas de las comidas el comportamiento en la mesa (utilizar los cubiertos correctamente, sentarse adecuadamente, comer variado etc.).

#### **3.7.1.4. Evaluación y Resultados**

- La evaluación se realiza semanalmente de forma individual y se puntúa con las calificaciones que se hacen constar en la ficha 10.1 de revisión de orden, limpieza y aseo personal. Los resultados se mencionan en la reunión semanal del módulo para valorarlos comparativamente.
- Se ha conseguido que todos los internos mantengan en orden sus celdas así como que mantengan un buen aspecto personal cuidando su aseo e higiene así como la limpieza de su ropa.
- No obstante, hay diferencias muy notables entre unos y otros y con ayuda de los internos de apoyo, se supervisa la ducha diaria, el afeitado, etc.
- Hemos llegado a automatizar ciertos hábitos de higiene y autocuidado en algunos de ellos. Los que se incorporan al programa entran rápidamente en la dinámica de la limpieza e higiene para no quedarse señalados frente a sus compañeros.

### 3.7.2. Formación Académica



#### 3.7.2.1. Necesidades Detectadas

- Escolarización tardía y deficitaria prácticamente desde el inicio del proceso.
- Vivencia de la escuela como algo ajeno a su proceso de socialización siendo incapaces de comprender la utilidad de los aprendizajes para la adquisición de mayor autonomía personal.
- Abandono temprano de la escolaridad.
- Fracaso escolar como consecuencia de la frustración que les produce su falta de rendimiento intelectual en la escuela.

### 3.7.2.2. Objetivos

- Iniciar y dominar progresivamente la lectoescritura, operaciones básicas de cálculo, comprensión y expresión verbal.
- Promover la estimulación cognitiva, entrenamiento de la memoria a medio y largo plazo, la atención, la concentración y la percepción.
- Estimular el desarrollo del razonamiento abstracto (muy deficitario en este tipo de personas).
- Inculcar hábitos de socialización en la escuela, partiendo de este contexto como referente socializador.

Para los internos con sordomudez:

- Iniciar y dominar progresivamente el lenguaje bimodal.
- Ampliar el lenguaje básico de la lengua de signos para facilitar la comunicación e interacción con mayor independencia y autonomía.

### 3.7.2.3. Metodología e Intervención

Todos ellos asisten a la escuela diariamente durante una hora y media, algunos dentro del propio módulo y otros salen a la escuela general del centro con alumnos de otros módulos distintos estudiando enseñanza reglada (varía según el momento y los internos). Es variado el nivel académico de los internos, pero la mayoría de ellos tiene y ha tenido desde siempre graves dificultades de aprendizaje por lo que predomina es el bajo o muy bajo nivel de escolarización.

Otra observación es que existe una gran diferencia entre los internos que han recibido atención especializada y adecuada a su discapacidad desde niños de los que no. Estos primeros, además de tener un nivel de conocimientos más elevado, son capaces de respetar mejor las normas en cuanto a puntualidad, asistencia, rendimiento, etc.

Mención especial merecen los sordomudos que necesitan profesorado especializado en lenguaje de signos porque su propia discapacidad les hace sentirse extraños en ciertas circunstancias. También se procura que todos los profesionales del módulo así como los internos de apoyo, aprendan el lenguaje de signos para facilitar la comunicación con los sordos.

Se han hecho intervenciones, con muy buenos resultados, en el aula de informática con programas específicos de estimulación sensorial, percepción, atención y memoria.

#### **3.7.2.4. Evaluación y Resultados**

- Se valora la adquisición de conceptos y sobre todo la motivación de los internos-alumnos por asistir a las actividades académicas. Los profesionales responsables de la actividad completan la **Ficha 2** de registro de comportamiento durante las actividades (ver Anexo) para evaluar a cada alumno.
- En este curso escolar, han salido varios internos a la escuela general del Centro para continuar sus estudios en un grado superior a lo realizado el curso anterior dentro del módulo.
- Se integran, por lo general, bastante bien en la escuela siempre que se logre ajustar los contenidos a sus capacidades, nivel académico y preferencias personales.
- Los sordomudos mejoran la capacidad de comunicación y de relación interpersonal mostrándose más integrados a todos los niveles en el módulo.

### **3.7.3. Hábitos prelaborales, formación profesional y actividades ocupacionales**

#### **3.7.3.1. Necesidades Detectadas**

- Falta de cualificación laboral unida al desconocimiento de las propias capacidades, motivaciones e intereses.
- Falta de experiencia laboral. O bien no han trabajado nunca, o bien lo han hecho durante cortos periodos de tiempo.
- Sus experiencias laborales están frecuentemente cargadas de frustraciones por sus características y limitaciones.
- Desconocimiento de las reglas esenciales que rigen el mundo de las relaciones laborales.
- Muchos de ellos son perceptores de pensiones no contributivas debido a la minusvalía que presentan y no comprenden la utilidad de la adquisición de hábitos laborales.



### 3.7.3.2. Objetivos

- Suscitar interés profesional/laboral en el interno procurando conjugar sus capacidades y preferencias con la oferta de cursos formativos del Centro, incluyéndolos en el más idóneo para cada interno, según sus características.
- Habituarse a la puntualidad, constancia en la asistencia, la permanencia en la actividad durante todo el horario, el cumplimiento de instrucciones de un superior y el rendimiento en el trabajo.
- Habituarse al buen uso y conservación de los medios e instrumentos que el Centro pone a su disposición.
- Mantener y consolidar los hábitos laborales adquiridos a través de su implicación en la actividad.

### 3.7.3.3. Metodología e Intervención

- La formación profesional se fomenta con la asistencia a cursos de formación profesional dentro del propio centro penitenciario atendiendo a sus preferencias y capacidades. Hay personas con unas capacidades manipulativas bastante desarrolladas y su autoestima mejora asistiendo a este tipo de actividades. En ocasiones son necesarias adaptaciones curriculares de los contenidos teóricos de los cursos utilizando pictogramas, por ejemplo.
- También se utiliza la asistencia a talleres ocupacionales para promover los hábitos pre-laborales enseñándoles habilidades y destrezas manipulativas cuyo dominio tiene relación directa con la capacidad de adquisición de determinada cualificación laboral. En los talleres ocupacionales se trabaja en diseño de carpetas, pintura de juegos de mesa y de camisetas, taller de cuero, adornos navideños, etc.

### 3.7.3.4 Evaluación y Resultados

- Para promover y a la vez evaluar la adquisición de hábitos pre-laborales, se valora la asistencia, la puntualidad, el esfuerzo y el rendimiento de los internos en todas las actividades en las que participan. Los responsables de cada actividad evalúan y anota sus observaciones para luego discutirlos en el equipo de intervención. Semanalmente se reúne a todos los internos y se informa a cada uno acerca de la valoración de su comportamiento que ha realizado el Equipo al completo durante esa semana. Para ello se ha diseñado la **Ficha 2** de registro de comportamiento durante las actividades y la **Ficha 3** de evaluación semanal de comportamiento (ver Anexo). También se comentan las cosas que hay que mejorar y las que se han hecho mal para cambiarlas.
- La motivación, en general, hacia la participación en actividades de este tipo está aumentando progresivamente, porque el descubrir que tienen capacidades que hasta ahora desconocían les anima a continuar.
- Se observa en general un aumento de la autoestima de los internos al demostrarse a sí mismos y a los demás lo que son capaces de hacer de una forma objetiva.

### 3.7.4. Educación para la salud

#### 3.7.4.1. Necesidades Detectadas

- Falta de adherencia a los tratamientos farmacológicos, en muchas ocasiones por falta de conciencia de enfermedad.
- En algunos casos, drogodependencia y en todos tabaquismo.
- Falta de información en relación con enfermedades contagiosas frecuentando prácticas de riesgo de forma habitual.
- Falta de información en relación con hábitos alimenticios y nutrición en general.
- Falta de información en cuanto a educación sexual y prácticas de riesgo.
- Desorden en el sueño.

#### 3.7.4.2. Objetivos

- Adquirir hábitos de higiene personal.
- Adquirir conocimientos sobre los alimentos y formas más saludables de alimentación.
- Motivar para un consumo moderado de tabaco y fomentar hábitos menos perjudiciales en los fumadores.
- Adquirir conocimientos y estrategias que favorezcan el sueño, así como hábitos de comportamiento.
- Mejorar la adherencia a los tratamientos farmacológicos.
- Instruir en educación sexual.

#### 3.7.4.3. Metodología e Intervención

Se está impartiendo como un programa específico con frecuencia semanal. Es muy importante en este tipo de población los temas referentes a la Educación para la Salud, la forma de abordarlo debe ser bastante simple porque no se puede utilizar terminología compleja ni conceptos abstractos, se trabaja con fichas, dinámicas, juegos, dibujos, elaboración de murales, etc. Sobre todo se les deja que consulten dudas y si se puede, que ellos mismos se respondan unos a otros para ver hasta qué punto tienen creencias erróneas o ignoran ciertas cosas.



También se trabaja individualmente de forma que se adapte a las necesidades del interno incidiendo especialmente en aquello más deficitario.

Un capítulo importante en esta área es la adherencia al tratamiento farmacológico, ya que la mayoría de ellos lo necesitan permanentemente. Se trata de medicación psiquiátrica y no pueden dejar de tomarla porque su conducta se desestabiliza con relativa facilidad. Tienen una tendencia a utilizar el abandono del tratamiento como medida de presión para conseguir otras cosas. Esto se trabaja de forma individual aunque en el grupo se dan instrucciones generales de la conveniencia de hacer todo lo que diga el médico.

El tema del consumo de tóxicos no está generalizado en todos los usuarios del programa, pero sí hay varios que presentan esa problemática y además, está relacionada directamente con la comisión del delito. Se practican controles analíticos con frecuencia. Si el interno tiene prescrito tratamiento psiquiátrico es muy difícil determinar si existe otro consumo de pastillas (benzodiazepinas, antidepresivos, etc.) no pautado. En cualquier caso, se trabaja individualmente este tema, aunque esta población se ha incluido en el GAD del centro (Grupo de Atención a Drogodependientes) para que reciban tratamiento específico de drogas por personal especializado. En algún caso en el que su nivel intelectual lo permitía, se le ha incluido en los grupos terapéuticos del módulo de tratamiento de drogodependencia del Centro para completar la intervención de forma más específica.

#### 3.7.4.4. Evaluación y Resultados

- En esta área también se cumplimentan la **Ficha 2**. Evaluación de comportamiento durante la actividad y la **Ficha 3**. Evaluación semanal del comportamiento (ver Anexo).
- Es un área muy difícil de trabajar porque tienen unos hábitos instaurados desde hace mucho tiempo y no es fácil hacerles entender las razones por las que deben cambiarlos.
- Depende mucho del nivel intelectual de cada interno el aprovechamiento en esta área de trabajo porque requiere sacar conclusiones lógicas y asociar conceptos, para los que no todos se encuentran capacitados.
- Les cuesta mucho retener la información para luego ponerla en práctica por lo que se reitera frecuentemente el taller con los mismos conceptos.

- Por lo que respecta al aseo personal e higiene, sí se está obteniendo buenos resultados, además el grupo ejerce presión hacia el que no tiene un aspecto cuidado y limpio.
- La adherencia al tratamiento farmacológico, por lo general es buena, salvo en los casos de internos drogodependientes, en los que es variable.

### **3.7.5. Habilidades sociales y autocontrol**

#### **3.7.5.1. Necesidades Detectadas**

- Comportamiento que obedece a impulsos primarios por lo que les resulta muy complicado planificar objetivos a medio o largo plazo.
- Baja tolerancia ante la frustración, que convierte su conducta interpersonal en inestable, y las relaciones sociales en fuente de conflicto.
- Baja resistencia a la tentación e incapacidad de demora de la recompensa, egocentrismo que les lleva a plantearse cualquier relación en función de sus propias e inmediatas demandas, que suelen ser bastante primarias.
- Carencia de habilidades de escucha y de conversación.
- Falta de habilidad para reconocer y expresar las emociones y falta de control de impulsos.
- Utilización de la comunicación no verbal de forma inadecuada.

#### **3.7.5.2. Objetivos**

- Aprender a usar la comunicación no verbal de forma adecuada.
- Entrenar las habilidades de escucha y de conversación.
- Aprender a expresar y recibir emociones adecuadamente.
- Aprender a expresar y recibir críticas.
- Aprender habilidades de negociación y acuerdos.
- Conocer, reconocer e interpretar las emociones propias y ajenas.
- Entrenar habilidades de control de la ansiedad y la ira.
- Potenciar la expresión emocional.
- Entrenar las técnicas de solución de problemas.



### 3.7.5.3. Metodología e Intervención

Se trabajan en terapia grupal (un día a la semana) e individual que imparte la Psicóloga. Se trata de personas con unas carencias muy acentuadas en estas dos áreas. Presentan una dificultad para reconocer y canalizar las emociones y pierden el control con facilidad ante situaciones que les suponen una carga importante de estrés manifestando trastornos de conducta y grandes déficit en Habilidades Sociales. Se utiliza como técnica las dinámicas de grupo y los role-playing planteando situaciones de la vida cotidiana. Esto ayuda a la comprensión y generalización de las habilidades entrenadas.

Son relativamente frecuentes reacciones explosivas, romper objetos incluso apreciados por ellos como la TV o el discman, autolesiones, agresiones a los compañeros, insultos a los terapeutas, etc.

En ocasiones, cuando ha habido algún conflicto, se les ha impuesto un “castigo” (coste de respuesta o reparación del daño) por lo que ha ocurrido. Limpiar cristales y fregar una zona concreta del suelo durante varios días, también se les enseña a pedirse disculpas entre sí cuando se pelean y a razonar el por qué se tienen que disculpar y qué es lo que han hecho mal. Esto se hace cada vez más complicado al aumentar la población. La técnica de reparación del daño se utiliza de forma inmediata cuando tienen un impulso incontrolado.

#### 3.7.5.4. Evaluación y Resultados

- El número de incidentes ocurridos en el módulo por falta de HH.SS. o por falta de autocontrol es la variable que se utiliza para medir la efectividad de esta intervención, pues bien, los incidentes existen, pero son protagonizados casi siempre por las mismas personas (en concreto tres, con problemas de conducta muy acusados), el resto de los usuarios no protagonizan casi ningún incidente.
- La valoración de esta intervención también se debe hacer de forma individual constatando cuántos incidentes protagoniza cada usuario y con qué frecuencia y la duración de los mismos.
- Es interesante evaluar los incidentes que surgen, pero que ellos mismos resuelven, solos o con ayuda de profesionales y/o internos de apoyo.
- Además de cumplimentar la **Ficha 2** y la **Ficha 3**, se parte del análisis de los datos recogidos en la **Ficha 4**. Registro de incidentes (ver Anexo) para desarrollar las sesiones terapéuticas.
- Se va consiguiendo progresivamente la comprensión y generalización de las habilidades entrenadas.

### **3.7.6. Educación social**

#### **3.7.6.1. Necesidades Detectadas**

- Carencia de habilidades sociales.
- Presentan conductas violentas y pro delictivas bastante acusadas.
- Carencias en el manejo del dinero y hábitos de consumo inadecuados.
- Falta de capacidad de planificación del ocio y del tiempo libre.
- Deficiencias en el cuidado del entorno donde habitan.

#### **3.7.6.2. Objetivos**

- En el taller de habilidades sociales y prevención de conductas violentas:
  - Aprender técnicas sencillas de afrontamiento del estrés.
  - Interiorizar pautas de comportamiento básicas.
  - Aprender conductas y desarrollar actitudes asertivas básicas.
- En el taller de economía doméstica:
  - Desarrollar habilidades básicas de autogestión económica.
  - Adquirir aprendizajes funcionales en el manejo del Euro.
  - Reforzar aprendizajes matemáticos básicos.
  - Desarrollar hábitos de consumo responsable (básico).
- En la actividad física y deportiva:
  - Fomentar hábitos saludables.
  - Fomentar la práctica del deporte y la actividad física.
  - Promocionar el deporte como alternativa de ocio.
- En la actividad de cine:
  - Generar una percepción del cine como alternativa de ocio normalizado.
  - Experimentar la vivencia del cine en pantalla grande (muchos de ellos nunca la habían tenido).

- En la actividad de cuidado personal y del entorno:

- Fomentar hábitos de higiene personal.
- Fomentar el respeto por las zonas comunes.
- Desarrollar aprendizajes de cuidado doméstico.

### 3.7.6.3. Metodología e Intervención

Todos estos talleres los trabajan con un educador social en grupo y los contenidos son los siguientes:

- Taller de habilidades sociales y prevención de conductas violentas:

- Técnicas básicas de afrontamiento de estrés.
- Técnicas de resolución de conflictos.
- Conductas asertivas.
- Identificación de sentimientos.

- Taller de economía doméstica:

- Euro: monedas y billetes, valores y equivalencias.
- Euro: manejo cotidiano, pagos y vueltas.
- Herramientas de autogestión económica: presupuesto.
- Priorización de necesidades.

- Actividad física y deportiva:

- Práctica de fútbol sala.
- Gimnasio: tablas y ejercicios.

- Cine:

- Proyección de película
- Debate adaptado.

- Cuidado personal y del entorno:

- Técnicas domésticas (doblar y ordenar ropa, formas de limpieza...)

- Productos de limpieza.
- Constancia, hábitos y horarios.

#### **3.7.6.4. Evaluación y Resultados**

- También se cumplimentan para la evaluación de esta área la **Ficha 2**. Registro de comportamiento durante la actividad y la **Ficha 3**. Evaluación semanal del comportamiento (ver Anexo).
- En lo referente a la prevención de conductas violentas y HH.SS., la valoración es positiva, pero se ha empezado a trabajar ciertos aspectos de forma individual porque las sesiones grupales no son lo más apropiado para abordar ciertos temas.
- El taller de economía doméstica merece una valoración positiva porque los usuarios ven la verdadera utilidad desde el punto de vista práctico. Resulta muy funcional.
- La actividad física tiene muy buena aceptación entre todos los internos del programa, supone una descarga de ansiedad y desarrollan la psicomotricidad gruesa, que en muchos casos la tienen atrofiada o poco estimulada.
- El cine también se valora positivamente como actividad porque se trata de buscar películas que les lleguen perfectamente a su nivel de entendimiento y garantizar un óptimo aprovechamiento de la actividad.
- El taller de cuidado personal y del entorno, los objetivos generales se van cumpliendo, pero hay usuarios que necesitan mucha tutela, tienen poca autonomía y necesitan supervisión constante.

#### **3.7.7. Utilización de recursos externos y generalización de aprendizajes**

Todo lo aprendido en el módulo tiene el fin de generar hábitos de comportamiento que les sirvan en la vida real, en el exterior, por eso, el programa se completa con salidas terapéuticas para los internos que estén en condiciones penales, penitenciarias, psicológicas y sanitarias.

Para ello el equipo de intervención diseña unas salidas que pueden resultar interesantes, según el perfil de los usuarios que las van a disfrutar. Pueden ser convivenciales con la familia, de ocio y tiempo libre, de gestión de documentación, deportiva, cultural, etc. Siempre salen acompañados por al menos un profesional de los que trabajan con ellos en el módulo y son salidas tuteladas de forma que todas los aprendiza-

jes que se van a poner en práctica están supervisados, para poder intervenir si se considera necesario.

### **3.7.7.1 Las salidas terapéuticas**



Las salidas terapéuticas merecen una mención especial como herramienta de trabajo porque nos permite realizar una doble tarea, tanto de diagnóstico como de intervención en un medio más parecido al que van a retomar y no tan artificial. Por un lado se observan comportamientos ante situaciones de la vida real y a la vez se pueden poner en práctica todo lo aprendido en el centro extrapolándolo a situaciones verídicas, para cambiar hábitos, introducir otros nuevos y tratar de automatizar conductas. Cabe señalar que en ocasiones las salidas se efectúan acompañados de la familia y de un profesional del Equipo y en este caso, aparte de revestir un carácter convivencial, se aprovecha para intercambiar información con los familiares y darles instrucciones y consejo sobre la forma más adecuada de actuar con el interno.

Por lo que respecta a los internos sometidos a medida de seguridad, el Equipo de Intervención propone a la Junta de Tratamiento y ésta a su vez, si lo considera conveniente, al Juzgado de Vigilancia la inclusión del interno en el programa de salidas terapéuticas, cuando el equipo considera que se encuentra preparado. Una vez que



llega la autorización, se inician las salidas con él y/o se incorpora a las que se están realizando con otros.

Los internos condenados a pena privativa de libertad, tienen la posibilidad de realizar estas salidas, en forma de salidas programadas (art. 114 del RP).

### **3.7.8. La Familia**

Se mantiene un contacto telefónico permanente por parte de los profesionales del proyecto informando de la situación y novedades del interno. También se conciertan visitas al centro para entrevistarse con el equipo y también para comunicar con el interno VIS a VIS. En ocasiones es necesario mediar porque es frecuente que haya conflictos familiares derivados de los trastornos de conducta del interno. No podemos olvidar que existen numerosos casos en los que algún miembro cercano de la familia ha sido la víctima del delito. También durante las salidas terapéuticas se consensúa con la familia el día para que coincida la salida con la llegada de los familiares y se aprovecha para hacer un día de convivencia en la calle siempre acompañados por personal del proyecto.

De la familia se obtiene un buen registro de la información de la historia del sujeto y también datos que nos ayudan a explicar y pronosticar comportamientos y reacciones ante determinadas situaciones.

## **3.8. Evaluación**

### **3.8.1. Algunas consideraciones**

Dadas las características de este programa la evaluación y la intervención, pese a tratarse de dos fases del tratamiento bien diferenciadas, interactúan y se intercalan constantemente, en función de las necesidades que se presenten en cada caso concreto. Igualmente es importante señalar que en un programa de estas características y desarrollado en un medio tan peculiar como el penitenciario, es imprescindible dejar un amplio margen a la improvisación. No se trata de disminuir el nivel técnico de las intervenciones, se trata de estar permanentemente preparado para realizar una intervención terapéutica adecuada en el momento en que sea necesario.

Debido a las razones anteriormente mencionadas, las intervenciones se suceden diariamente y suelen ser de los siguientes tipos:

- Sesiones de apoyo psicológico individual.
- Sesiones de asesoramiento y orientación personalizada.
- Sesiones de ayuda para reconocimiento de emociones y manejo de estados emocionales.
- Sesiones de intervención en autocontrol y resolución de conflictos.

### **3.8.2. Recabar información**

En un medio cerrado como es el penitenciario puede parecer sencillo recabar información para valorar la evolución de los internos, pero resulta bastante complicado. El Equipo de intervención no se encuentra permanentemente en el Centro y los funcionarios no están presentes en todos los momentos del día de todos los internos. Por lo tanto la información puede llegar sesgada o incluso no llegar a quienes toman las decisiones terapéuticas. La forma de recabar información más habitual es la siguiente:

- Observación directa del comportamiento por parte de los miembros del Equipo de intervención.
- Información proporcionada por otros observadores directos:
  - o Funcionarios de vigilancia
  - o Internos de apoyo.
  - o Otros internos discapacitados.
- Información proporcionada por los propios protagonistas en forma de auto informe verbal y/o alguna prueba objetiva (tipo cuestionario o test), según el caso.
- Información contenida en el expediente penitenciario, protocolo del interno y protocolo social.
- Información aportada por los familiares del interno.



### 3.8.3. Dos formas, varios momentos

El tipo de evaluación que se realiza es tanto individualizada de cada interno como global del programa. Para realizar la evaluación global, se evalúan todos los internos en general y se valora si las intervenciones están siendo efectivas por si hay necesidad de corregir algo.

#### 3.8.3.1. Evaluación individualizada

Se realiza fundamentalmente en tres momentos distintos:

- Diariamente se evalúa el estado psíquico/anímico de cada interno. Para ello se utiliza la información proporcionada por los funcionarios de vigilancia y los internos de apoyo fundamentalmente. Si se considera oportuno, se entrevista al interno para obtener más información. En cualquier caso, se observa su comportamiento por si es necesario otro tipo de intervención.

- Semanalmente se evalúa el comportamiento de cada interno, para ello se cumplimentan la **Ficha 2**. Registro de comportamiento durante las actividades y la **Ficha 3**. Evaluación semanal del comportamiento (ver Anexo). Las variables que se analizan son las siguientes:
  - o Autocontrol ( incidentes protagonizados)
  - o Limpieza y cuidado de la celda y aseo personal (se puntúa)
  - o Tareas de limpieza de espacios comunes.
  - o Asistencia a actividades obligatorias (escuela, talleres, etc.) y comportamiento durante las mismas.
  - o Adherencia al tratamiento farmacológico y utilización del Servicio Sanitario.
  - o Relaciones con los compañeros de internamiento, internos de apoyo, funcionarios y personal del Equipo.
  - o Resolución de conflictos.
  
- Semestralmente se confecciona un informe completo de la evolución individual de cada interno que engloba todos estos aspectos, además del diagnóstico inicial, que se remite a los tribunales.

### 3.8.3.2. Evaluación global

Se evalúa el programa de forma global porque entendemos que no debe ser estanco sino adaptable a la realidad de las personas que tenemos que atender. Por otro lado, nuestra filosofía de trabajo es ir aprendiendo de nuestra experiencia por lo que siempre podremos mejorar la forma de trabajar.

Nos centramos en la adaptación de los internos al programa que analizaremos tanto de forma cuantitativa como de forma cualitativa desglosándola en distintas variables:

- Análisis de la adaptación y/o ajuste de los internos al programa. La adaptación al programa la podríamos operativizar de la siguiente manera:
  - o Número de incidentes regimentales (auto y heteroagresiones, conductas disruptivas y/o desafiantes) protagonizados en el módulo. Se registra en la **Ficha 4**. Registro de incidentes (ver Anexo).
  - o Tipo de incidentes (análisis cualitativo). **Ficha 4**.
  - o Participación voluntaria en las actividades del módulo.

- o Aceptación del hecho de estar “tutorizados” por los internos de apoyo y miembros del Equipo.
- o Petición de ayuda a los miembros del Equipo o internos de apoyo.
- o Adherencia al tratamiento farmacológico.

De esta forma pueden establecerse unas mediciones que nos ayudan a discriminar si el cambio en la estrategia de intervención debe ser de carácter individual o si por el contrario se requiere un cambio global en el programa:

- o Tiempo medio de adaptación del interno al programa.
  - o Análisis de los ciclos de comportamientos inadaptados en cada caso individual (duración, frecuencia etc.)
  - o Determinación de las posibles causas que originan los comportamientos inadaptados.
- Medición pre-tratamiento y post-tratamiento. Se trata de constatar de forma global, siempre que sea posible, cual fue la trayectoria penitenciaria de cada interno con anterioridad a su estancia en la Unidad Educativa y cual es la trayectoria penitenciaria con posterioridad a su entrada en la Unidad.

Para ello se debe constatar antes y después de la intervención el nivel de adaptación penitenciaria del interno medido de dos formas: el **grado de autonomía personal** o **comportamiento adaptativo** (para operativizarlo utilizamos como indicadores las diez habilidades adaptativas que se utilizan para definir el retraso mental) y la **conducta** (si presenta o no alteraciones).

Por lo que respecta al *grado de autonomía personal* o *comportamiento adaptativo* es necesario mencionar que para diagnosticar un retraso mental no es suficiente obtener un C.I. inferior a 70-75 en pruebas psicométricas sino que además se hace necesario presentar déficits significativos en el comportamiento adaptativo, concretamente debe haber limitaciones en dos o más áreas de las diez habilidades adaptativas siguientes:

- Comunicación.
- Autocuidado
- Vida en el hogar
- Habilidades sociales

- Utilización de los recursos de la comunidad
- Autodirección
- Salud y seguridad
- Habilidades académicas funcionales
- Ocio
- Trabajo

Por lo que respecta a las *alteraciones de conducta*, pueden ser de los siguientes tipos:

- Comportamiento autolesivo
- Heteroagresividad
- Destrucción de objetos
- Conducta disruptiva
- Hábitos atípicos y repetitivos (estereotipias)
- Conducta social ofensiva
- Retraimiento o falta de atención
- Conducta no colaboradora

Las **fuentes** de obtención de datos para realizar la **medición pre-tratamiento** son las siguientes:

- *El Expediente Penitenciario del interno*. Se obtiene la siguiente información en relación con su estancia en otros centros penitenciarios:
  - La existencia de partes disciplinarios y en qué han consistido así como con qué periodicidad se han producido
  - La aplicación de limitaciones regimentales como las que contemplan los artículos 75.1 y 75.2 R.P. y los motivos.
  - La inclusión en el PPS, duración del mismo, motivos de aplicación y número de veces que se ha aplicado.
  - Permanencia en departamentos especiales de los centros como aislamiento o enfermería y motivos.

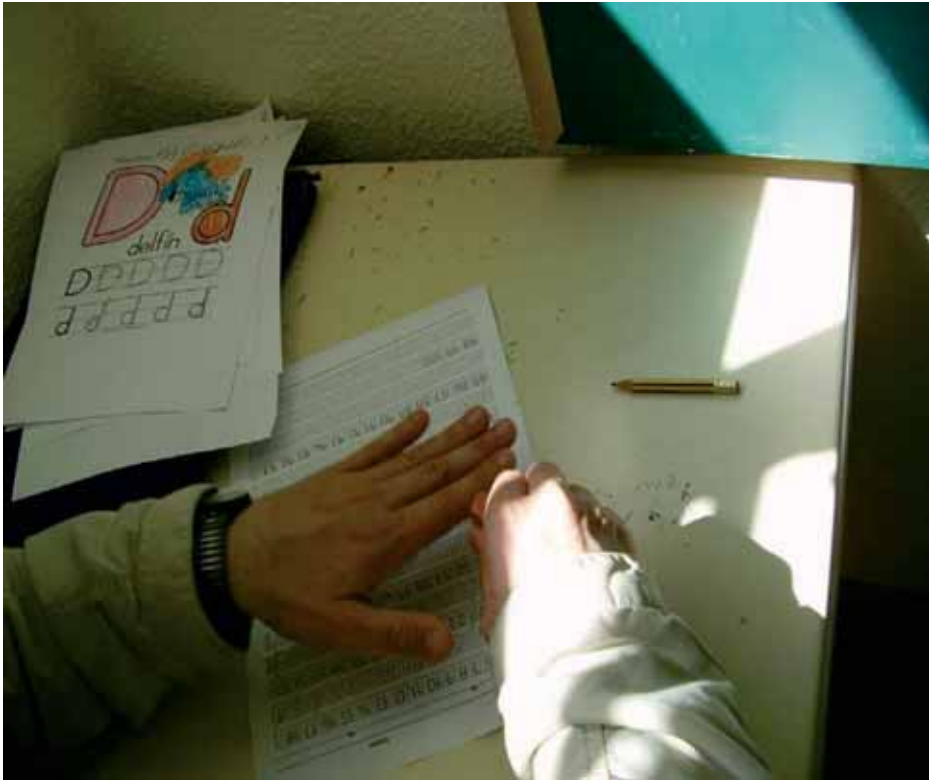
Los datos obtenidos del Expediente nos ofrecen información sobre el comportamiento y la presencia o no de alteraciones de conducta.

- *La familia.* A través de entrevistas con los familiares se puede obtener información complementaria muy interesante acerca de la evolución del trastorno, informes realizados por otros profesionales de otras instituciones de la calle con las que ha mantenido contacto el interno o del historial médico-psiquiátrico y/o psicológico del mismo y, sobre todo, información en relación con las habilidades adaptativas y alteraciones de conducta que presentaba el interno antes de su ingreso en prisión.
- *El interno.* Normalmente vienen diagnosticados y existen informes donde consta el C.I. y la prueba donde se ha obtenido, pero si no fuera así, es necesario pasarles una prueba psicométrica para obtener esa información. La entrevista es fundamental para constatar los siguientes datos:
  - orientación espacio-temporal
  - nivel de comprensión y expresión verbal
  - existencia de problemas de aprendizaje
  - nivel de formación
  - presencia de trastornos psicopatológicos
  - control emocional
  - rigidez y/o alteraciones en el pensamiento
  - utilización de estereotipias

Las **fuentes** de obtención de datos para la **medición post-tratamiento** son las siguientes:

- *Observación por parte del personal técnico* que interviene directamente con los internos.
- *Información proporcionada por los internos de apoyo*, funcionarios y otros profesionales que tienen relación con los internos (monitores de cursos, maestros etc.)
- *Autoinformes verbales de los propios internos.* Ellos valoran el grado de bienestar dentro del módulo y en el programa con respecto a otras épocas anteriores dentro de su trayectoria penitenciaria.

### 3.9. Consideraciones desde el plano de la intervención psicológica



#### 3.9.1. Antes de la entrada en la Unidad Educativa Especial

##### 3.9.1.1. La necesidad de intervención psicológica

Como se ha dicho ya desde hace tiempo se ha detectado la necesidad de intervenir de forma específica con un tipo de población que, desde el punto de vista psicológico presenta unas características peculiares: se trata de personas que presentan una discapacidad intelectual, a menudo combinada con otro tipo de trastornos. Está claro que con esta población el modelo de intervención debe especializarse tanto como especiales son ellos.

Es frecuente ver personas de este tipo en los departamentos de Enfermería de los Centros Penitenciarios de forma crónica o sujetos a limitaciones regiminales del art.75.1 del R.P. o bien, por haber sido víctimas de abusos y encontrarse “protegidos”, sujetos a lo establecido en el art. 75.2 del R.P.



Pues bien, teniendo en cuenta las consideraciones anteriormente expuestas, entendemos que existe una necesidad detectada desde hace tiempo de intervenir de forma programada y específica con este tipo de población de forma que se dé cumplimiento a lo establecido por los jueces y tribunales en las sentencias que someten a medida de seguridad de internamiento en Centro Educativo Especial a ciertas personas. E igualmente se dé cobertura a un problema penitenciario muy concreto que es el de dónde ubicar y cómo tratar a unas personas con un perfil psicológico determinado independientemente de que hayan sido consideradas imputables, semiimputables o inimputables por parte de los tribunales.

### **3.9.1.2. A vueltas con la necesidad de un diagnóstico adecuado**

Parece complejo clarificar de antemano un perfil adecuado para el ingreso en el Módulo.

Desde el punto de vista jurídico, es sencillo determinar que las personas sometidas a una medida de seguridad de internamiento en Centro Educativo Especial han de ingresar en esta Unidad; es el recurso “ad hoc”.

La cuestión cambia cuando el psicólogo detecta un perfil psicológico de retraso intelectual y esa persona está condenada a pena de prisión. Lo primero es realizar un diagnóstico adecuado. Pero es complejo trazar la línea entre lo atribuible a un retraso intelectual con sus correspondientes trastornos de personalidad asociados y lo atribuible a una patología psiquiátrica con un cierto deterioro cognitivo por la cronicidad. No digamos si contamos además con una historia de alcoholismo asociada y/o de abuso de otro tipo de sustancias que ni siquiera el usuario sabe determinar. Otro problema es el de qué pruebas utilizar para diagnosticar todos estos elementos porque en su mayoría son personas con tratamientos farmacológicos que les produce una bradipsiquia importante con lo que los tiempos de reacción se enlentecen y la comprensión se limita muchísimo, además se cansan con las tareas monótonas. Lo más práctico en estos casos es acudir a las conversaciones con la familia, en caso de que sea colaboradora y se haga cargo del sujeto. En estos casos podemos determinar si existe historial psicológico anterior al ingreso en prisión y si el trastorno empezó en la infancia-adolescencia o si es posterior. También ayuda mucho saber si tiene valorada la discapacidad y en qué cuantía y en esos documentos se especifica claramente el tipo de discapacidad que presenta y el diagnóstico. Los datos sociales en este tipo de casos son fundamentales.

Es importante que los sujetos que ingresen en esta Unidad, ya sean penados o sometidos a medida de internamiento, presenten un diagnóstico en el que prevalezca la discapacidad intelectual sobre otro tipo de trastornos, aunque los tengan, porque el programa está diseñado para este tipo de personas en concreto. Hemos detectado casos de diagnósticos equivocados que no solo han perjudicado al interno sino que, también, han perjudicado a los demás compañeros de internamiento por no ser la ubicación más adecuada para ese perfil.

### **3.9.2. Durante la permanencia en la Unidad Educativa Especial**

#### **3.9.2.1. Voluntariedad vs. Obligatoriedad**

El Reglamento Penitenciario establece que el tratamiento es voluntario, es decir, los internos que deseen participar en las actividades y/o programas de tratamiento lo harán de forma voluntaria. Si algún interno no desea participar en esas actividades no se le puede obligar.

Este planteamiento no sería problema por lo que respecta a las personas del Módulo de Discapacitados que están sometidas a medidas de seguridad de internamiento, porque el propio tribunal sentenciador ha establecido la necesidad de someterse a un tratamiento específico y acorde a las características y necesidades presentadas por esa persona. El problema surge con las personas ingresadas como penados, que, aunque presenten un perfil psicológico singular, el tribunal sentenciador no ha determinado ningún tratamiento específico para ellos, sino una pena considerándoles dueños de sus actos e imputables.

Cuando una de estas personas ingresa en el Módulo ya sea penada o sometida a medida de internamiento y plantea su negativa a ser tutelado, a participar en actividades, a que se le exijan unos mínimos de esfuerzo personal porque es más cómodo pasar desapercibido sin hacer nada... solemos interpretarlo como una llamada de atención por alguna causa, suele ser más efectivo una retirada de atención para promover que el sujeto se sincere con los terapeutas sobre las verdaderas razones de su negativa que obligarle a participar en la actividad. En realidad, algunos vienen acostumbrados a eso por aprendizaje condicionado en el propio circuito penitenciario, del que conocen todos los resortes, pero al poco tiempo de permanecer en la Unidad se dan cuenta de que aquí "las cosas son de otra manera" y se terminan adaptando perfectamente. Entendemos, después de unos años de experiencia con este tipo de modelo de intervención, que desde el punto de vista penal, penitenciario, psicológico, edu-

cativo y ético, el que estas personas, independientemente de que hayan sido consideradas imputables o no por los respectivos tribunales sentenciadores permanezcan en esta Unidad especializada es lo más adecuado para ellos.

### **3.9.2.2. Adaptación a la unidad y a la normativa**

Por las características propias de este tipo de población, la adaptación a la unidad suele ser lenta y un poco traumática, si bien es cierto que depende de cada caso. A todo el mundo nos cuesta adaptarnos a situaciones nuevas y desconocidas, pero a estas personas, que presentan problemas de manejo de emociones, les resulta bastante más problemático.

No obstante, al cabo de aproximadamente un mes, se adaptan y empiezan a conocer el ambiente y a las otras personas con las que deben convivir y a los miembros del Equipo y sobre todo empiezan a comprender el programa en el que están participando, aunque ese no fuera su deseo desde el principio, sin darse cuenta y movidos por la presión grupal, se dejan llevar por la inercia de las actividades de la unidad.

La normativa, encuadrada dentro de la normativa general del Centro Penitenciario de Segovia, que es donde se ubica el Módulo, tiene sus peculiaridades que ellos tienen que comprender para poder acatarla. Es muy sencilla de entender, se basa en pocas instrucciones muy básicas. El incumplimiento de las mismas tiene aparejadas unas consecuencias para ellos que suelen ser inmediatas. Igualmente el cumplimiento de la normativa también tiene aparejadas consecuencias más positivas a medio plazo. Los plazos marcados con ellos para el logro de objetivos no deben ser demasiado largos porque funcionan cíclicamente y correríamos el riesgo de no llegar nunca al reforzamiento por no haber podido alcanzar el objetivo propuesto.

Es importante que comprendan que la normativa ha sido impuesta para intervenir en su problemática y que no es discutible, solo es posible acatarla o no. Y saben lo que ocurre en el caso de cada opción. Todo esto debe ser transmitido de forma rigurosa dando cabida, no obstante, a la confianza en el Equipo de Intervención para que nos cuenten sus problemas y tratar de ayudarles; durante su estancia en la Unidad pasamos a representar para ellos las figuras “paternas”, somos en cierta medida “su familia”. Somos figuras de control, tutela, autoridad, y a veces de descargo de emociones, tanto positivas como negativas, tanto controladas como incontroladas.

### **3.9.2.3. La figura del interno de apoyo**

En un medio tan peculiar como éste la intervención no se ciñe a unas sesiones terapéuticas de pocas horas. Existe una supervisión constante durante todo el día y toda la noche que requiere la colaboración de unas figuras de apoyo para los momentos en los que los profesionales no se encuentran en el Centro, con independencia de la presencia del Funcionario de interior. Para ello cuando se abrió el Módulo se propuso y fue aprobado, la creación de unos puestos de trabajo, sujetos a la relación laboral especial penitenciaria, para poder ser desempeñados por internos del Centro Penitenciario, penados y sin ningún tipo de discapacidad. En la actualidad, las personas que desempeñan ese puesto de trabajo lo hacen de forma remunerada y con el alta en la Seguridad Social.

Esta figura se encuentra a caballo entre los profesionales del Equipo de intervención y los propios internos, ya que con ellos comparten su situación de internamiento y un espacio físico de convivencia (lo que facilita las labores de convencimiento, modelado y aprendizaje vicario) y con el Equipo comparten unas directrices en la forma de desempeñar el puesto de internos de apoyo (lo que facilita que la supervisión sea constante y sobre todo el intercambio de información entre ambos colectivos respecto a los comportamientos observados en los discapacitados).

Las estrategias a seguir en cuanto a la intervención de los internos de apoyo siempre se acuerdan con el Equipo. No hay que olvidarse que ellos, a pesar de haber sido elegidos por sus características más o menos idóneas para el desempeño de este puesto, no son profesionales y en la mayoría de las ocasiones carecen de formación específica. Es necesario explicarles ciertos conceptos técnicos para que comprendan mejor las reacciones de los discapacitados, entrenarles en técnicas como la recogida de datos y observación y sobre todo someterles a sesiones terapéuticas para desestresarles a ellos, ya que se hace complicado convivir todos los días con un grupo numeroso de personas de estas características. Se les hace saber que van a ser “imitados”.

Nosotros consideramos que esta figura es como una especie de auxiliar de guarda asistencial que interviene en temas tan variopintos como la toma de la medicación, el aseo diario, el orden y limpieza de las pertenencias, la educación, las relaciones sociales, la resolución de conflictos, el estado psíquico y/o anímico, el convencimiento, la información al funcionario de dinámicas torpes, control de dietas, etc.

Como quiera que estas personas de apoyo han cometido delitos y algunos de ellos proceden de medios y ambientes muy complicados se les hace un seguimiento muy controlado y saben perfectamente cual es su función. Están especialmente advertidos y de forma reiterada en lo que se refiere a la imposibilidad de llevar a cabo conductas violentas de palabra u obra, constituyendo una razón para su baja definitiva en el puesto auxiliar.

#### **3.9.2.4. Planificación de estrategias de intervención**

Una de las claves de funcionamiento efectivo del programa está en pactar las estrategias de intervención entre todos los miembros del Equipo multidisciplinar de forma periódica. Lo ideal es hacer reuniones semanales y siempre que haya algún problema no hay que olvidarse de la capacidad de improvisación, que es una ventaja con la que los discapacitados no cuentan.

Esto, que es tan básico, en el medio penitenciario se convierte en algo complicadísimo porque en cada uno de los pasos que se dan para resolver un problema intervienen multitud de personas, muchas de ellas con el desconocimiento del tipo de población del que se trata y se pueden llegar a producir errores y disonancias a las que ellos son muy sensibles y que resultan muy difíciles de explicar.

Por otra parte, algunos de los discapacitados presentan una tendencia al victimismo, comportamiento aprendido y bien entrenado que les ha resultado adaptativo en numerosas circunstancias anteriores a su internamiento. Ese comportamiento lo siguen utilizando en prisión delante de las personas con quienes ellos saben que les va a funcionar y les funciona, con lo cual, a pesar de haber marcado estrategias de actuación teóricamente adecuadas para garantizar un aprendizaje más efectivo, en numerosas ocasiones, resultan ineficaces por estas interferencias a las que me refiero.

No obstante, cuando se sienten inmersos en el programa formando parte activa del mismo, saben perfectamente cual debe ser su comportamiento adecuado y cuándo y con quién se pueden permitir ciertas licencias. De hecho, ha habido ocasiones en las que ellos mismos se han distribuido los premios y los castigos en la reunión semanal, sin resultar de ninguna manera disparatado el reparto, siendo conscientes de las consecuencias positivas o negativas de sus actos.

### 3.9.2.5. Técnicas e instrumentos

Las técnicas que se pueden aplicar con este tipo de población son bastante limitadas. En primer lugar, si hablamos de diagnóstico existen multitud de pruebas objetivas que resultan inadecuadas para ellos por sus propias características. Por lo que se refiere a la inteligencia, muchos de ellos no saben leer ni escribir por lo que hay que utilizar pruebas libres de cultura. Pero además no se pueden utilizar pruebas cuya ejecución esté sujeta a un tiempo predeterminado porque la mayoría de ellos están tomando medicación psiquiátrica lo que les produce un enlentecimiento psicomotor que invalida la prueba. El repertorio es limitado, aunque la inteligencia no es lo más complicado de medir. Es más difícil valorar la personalidad porque las pruebas objetivas son largas y costosas (tiempo y desgaste personal) de pasar y además estos individuos no están acostumbrados a analizarse a sí mismos ni se han parado a pensar cómo reaccionan más frecuentemente ante una determinada situación. Además, la curva de fatigabilidad es muy corta y se aburren con frecuencia no entendiendo para qué les puede servir el contestar a tantas preguntas que en ocasiones ni siquiera comprenden. Pasa algo parecido con las pruebas para medir la ansiedad, la depresión y otras emociones, estos individuos no saben reconocer las emociones propias y las equivocan, no las interpretan bien, saben que les ocurre algo cuando no se sienten bien, pero no saben especificar, aunque cuanto más centradas en síntomas físicos sea la prueba, más fácil de aplicar.

Lo más práctico a la hora de realizar un diagnóstico adecuado es el conocimiento personalizado del sujeto en diferentes situaciones y ante diferentes personas, contrastar información con los familiares en conversación telefónica, y comparar informes anteriores del historial clínico tanto de antes de su internamiento como de después con la impresión diagnóstica que nos ha causado. No es infrecuente el cambio de diagnóstico en estos casos o incluso diversos diagnósticos distintos referidos a la misma persona.

En segundo lugar, si hablamos de intervención, claro que no se pueden utilizar técnicas cognitivas para promover una modificación de conducta, porque estas personas carecen de capacidad cognitiva suficiente (en todos sus aspectos) para poder comprender y aplicar este tipo de técnicas. Lo que sí que resulta efectivo y además muy gratificante para ellos es la estimulación cognitiva en la que se entrena de forma entretenida capacidades como la percepción, la memoria, el pensamiento, la atención para recuperar los restos que presentan de aprendizajes anteriores o para promover nuevos aprendizajes.

Volviendo a la modificación de conducta, que es lo más necesario en estos casos, porque se encuentra directamente relacionado con los hechos que les han provocado el internamiento, es más adecuado utilizar técnicas conductuales de comprensión sencilla, con pocas instrucciones cortas y claras. Funcionan muy bien los programas de refuerzo intermitente por cumplimiento de objetivos con técnicas como el moldeado. Pero lo más efectivo es el aprendizaje vicario y modelado porque es la mejor forma de conseguir “reeducarlos” en ciertos comportamientos inadecuados que han sido aprendidos por este mismo método. Además, contamos con la ventaja de tener a los internos de apoyo como figura de referencia (para ellos tienen más credibilidad los internos de apoyo que los terapeutas a la hora de imitar comportamientos). Esto debe ser siempre una ventaja, porque mal entendido puede producirse el efecto contrario, por eso es necesaria una supervisión extrema sobre las intervenciones de los internos de apoyo para que sean modelos de referencia socializadora y no al revés.

### **3.9.2.6. Conductas disruptivas y/o desafiantes**

En el medio penitenciario las conductas disruptivas y desafiantes se dan con cierta frecuencia y el Reglamento Penitenciario tiene previstas una serie de medidas adecuadas a cada caso, suelen ser medidas regimentales. Pues bien, dadas las características de la población que nos ocupa, probablemente sea más frecuente este tipo de comportamientos en una de estas personas que en cualquiera del resto de los presos internados en un Centro Penitenciario. El problema es que lo que con carácter ordinario, en internos normales, puede interpretarse como un acto de malicia, medida de presión, intención de hacer daño o incluso cuestiones mucho más elaboradas que afectan a la seguridad, en el caso de la población con discapacidad es mucho más sencillo. La mayoría de las veces son actos torpes, lo que no significa que no lleguen a ser graves. Desde el punto de vista teórico estas personas tienen afectadas las facultades intelectivas y volitivas y, por tanto, la intencionalidad, por lo que sus conductas obedecen a otro tipo de causas en las que es conveniente intervenir para atajar esos comportamientos.

En primer lugar, muestran una tendencia muy acusada a la imitación, por lo tanto si uno de los internos se muestra agresivo, desafiante o se lesiona, es probable que este comportamiento se repita en otros internos sin que haya motivo razonado para desencadenarlo.

En segundo lugar, son conocedores de sus limitaciones, pero les cuesta reconocer los problemas que tienen para desenvolverse a nivel social de forma adecuada, no les

gusta que les traten como si fueran niños, y tienden a compararse con la población normal lo que les genera mucha frustración, que, como emoción que es, no entienden, malinterpretan y no saben manejar, por lo que se desencadena un comportamiento agresivo, desafiante o disruptivo.

En tercer lugar, la atención de los terapeutas no es exclusiva para una sola persona, lo que les molesta, sobre todo a algunos que proceden de entornos sobreprotectores en los que siempre han sido el centro de atención, surgen entonces los celos entre ellos y las llamadas de atención hacia el Equipo de Intervención con hetero y auto agresiones.

En cuarto lugar, el estado psíquico de estas personas en cada momento es un misterio incluso para ellos, que no logran entender lo que les ocurre, más allá de lo que serían las emociones comunes a todas las personas. Hablo de personas que presentan además de las limitaciones intelectuales otro tipo de patología psíquica que les impide ser dueños de sus actos en determinadas situaciones. Se dan sintomatologías de "preaviso" de estados patológicos que ellos viven de forma muy angustiosa, sienten que pierden el control e incluso temen poder lastimar a alguien. Lo interesante en estos casos es que ellos mismos lo sepan verbalizar a los profesionales del Equipo.

La reflexión que debemos hacer al abordar este tema es que no resulta eficaz el empleo de los métodos tradicionales para atajar estos comportamientos, aunque en ocasiones haya que utilizarlos para preservar la integridad del sujeto y de los compañeros de internamiento. Resulta más efectivo intentar comprender las razones que les empujan a hacer lo que hacen e intervenir sobre ellas, si bien es cierto que en momentos puntuales, la falta de control es extrema y obedece a desajustes en su patología con lo cual se hace necesaria la intervención del facultativo. Y se ha explicado anteriormente el régimen especial en materia de disciplina en analogía con los Establecimientos Psiquiátricos.

### **3.9.2.7. Adherencia a los tratamientos**

La adherencia a los tratamientos tanto farmacológicos como educativos o psicológicos pasa por la toma de conciencia del propio sujeto de lo que es su enfermedad. Es frecuente encontrar personas con inteligencia límite que se niegan a reconocer su problema y por lo tanto se obtiene de ellos la negativa a someterse a tratamiento. Por otra parte, hay casos en los que esta negación del problema viene inculcada desde la propia familia, negándolo o minimizándolo, pensando que no es necesario buscar solu-



ciones. No se dan cuenta de que es eso precisamente una de las razones que ha motivado los problemas del discapacitado con la justicia.

La adherencia al tratamiento es una de las áreas que más se trabaja en el Módulo de Discapacitados porque es fundamental que ellos sepan lo que tienen, hasta dónde pueden llegar, dónde van a encontrarse más seguros y controlados y en qué personas pueden confiar y a quién y cuándo pedir ayuda para ser más autónomos y facilitar la intervención a los profesionales.

El tratamiento farmacológico ha de seguirse con constancia y tal y como lo prescribe el médico. Es necesario enseñarles a acudir a la consulta, a identificar los síntomas, a explicar lo que les ocurre y sobre todo, a no mentir para manipular la decisión del facultativo. También es importante que dejen de utilizar la toma incorrecta de la medicación como medida de presión si quieren pedir algo. Este comportamiento es muy frecuente y peligroso.

Por lo que respecta al tratamiento educativo y psicológico, lo más adecuado es conseguir que participen en las actividades por decisión propia, no por imperativo. Para ello las actividades deben ser divertidas, entretenidas, en ambiente distendido y siempre tuteladas y programadas.

### **3.9.3. Después de pasar por la Unidad Educativa Especial**

#### **3.9.3.1. La colaboración familiar**

Las familias de estas personas, mientras permanecen en el Módulo están permanentemente informadas de su evolución por parte de los miembros del Equipo de Intervención. A medida que se aproxima la fecha de cumplimiento la familia se inquieta pensando qué va a suceder. La familia está en todo momento informada de la situación del interno. Con el fin de fomentar su vinculación se estructuran salidas terapéuticas familiares de hasta siete días de duración y salidas familiares puntuales de ocho horas de duración a fin de evitar la comunicación dentro del Centro, en los casos así recomendados, previa autorización del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria.

La colaboración con los miembros de la familia es fundamental durante todo el proceso porque nos aportan una información muy valiosa que no consta en ningún documento y que de las entrevistas y pruebas realizadas al sujeto es casi imposible obte-

ner. Pero no siempre existen familias dispuestas a colaborar y ni siquiera siempre existen familias.

Se observa un número importante de casos en los que la familia está desestructurada, procede de entornos marginales o como hemos dicho, simplemente no existe. En estos casos, si procede la incapacitación, como hemos visto se tiende a la tutela administrativa.

También existen casos de familias muy colaboradoras y comprometidas con su problema dispuestas a hacer lo que sea por mejorar la situación y que siguen de buen grado las indicaciones de los profesionales. En estos casos, el discapacitado normalmente ha estado escolarizado desde niño en un Centro Especial y ha desarrollado sus capacidades al máximo y suelen ser este tipo de personas con las que mejores resultados se obtienen. En el trabajo exterior con las familias es muy importante la colaboración de FEAPS.

### **3.9.3.2. La derivación**

Con más de seis meses de antelación a la fecha de extinción de la medida de seguridad de internamiento o a la pena, en su caso, se procede por parte del Equipo a trabajar la derivación de manera individualizada. Veremos posteriormente cuales son las vías técnico jurídicas para la gestión. No ha existido un solo caso, en nuestra experiencia, en que la libertad no haya debido ser entregada o tutelada. La familia está informada y al corriente del proceso. Las alternativas serán puestas de manifiesto.

También nos hemos encontrado con problemas para derivar a estas personas a un recurso en régimen ambulatorio, para permanecer unas horas al día en talleres ocupacionales y regresar a su casa cada noche, pensando en una propuesta de sustitución por medida no privativa de libertad. El problema surge porque las asociaciones que gestionan este tipo de recursos son asociaciones de padres de discapacitados con financiación privada y ponen pegas a la hora de abordar la admisión en el centro de quien ha cometido un delito y que sale de prisión; e incluso ese cierto temor a quien es responsable de las consecuencias si existe reincidencia en el delito. En este campo se hace imprescindible la colaboración de FEAPS.

### **3.10. Relación de fichas de evaluación (constan en el ANEXO).**

Todas las fichas de evaluación se cumplimentan por los profesionales del Equipo de Intervención siempre con la colaboración de los internos de apoyo, y de los funcionarios de vigilancia, ya que ellos poseen información muy valiosa de los usuarios recopilada en momentos en los que el resto de los profesionales no se encuentran en el Centro (por las noches, a la subida a las celdas, durante las comunicaciones, durante los días festivos y los fines de semana).

Estas fichas sirven de soporte para que la evaluación sea más objetiva y no se pierdan datos por el paso del tiempo y en el intercambio de información entre profesionales, no existan sesgos.

Las fichas son las siguientes:

- Ficha 1. Revisión de orden y limpieza de celdas y aseo personal.
- Ficha 2. Registro de comportamiento durante las actividades.
- Ficha 3. Evaluación semanal del comportamiento.
- Ficha 4. Registro de incidentes.
- Ficha 5. Horario semanal de actividades.

## **4. Cuestiones específicas desde la perspectiva jurídica y de gestión de la medida**

---

### **4.1. La necesidad de un diagnóstico acertado**

Hemos observado casos que impresionaban de discapacidad intelectual evidente sin que esta situación tuviera repercusión legal. Pero no solo es en la órbita penal donde ha de hacerse esta reflexión. En las conclusiones del Seminario de expertos en reinserción social de personas con discapacidad psíquica que han pasado por el régimen penal penitenciario, celebradas en la Universidad de Alicante, de la Reunión del 17 de noviembre de 2006 se pone de manifiesto que en los datos del protocolo informatizado que lleva la Universidad de Alicante se observa que un 62,69% de los casos de personas atendidas por el programa FEAPS no tenía recogido en la sentencia el hecho de que se tratara de una persona con retraso mental. Vale la aclaración de que en muchos de estos casos se desconocía tal situación hasta el ingreso en la cárcel y la consiguiente evaluación por parte de los técnicos del programa FEAPS de donde en muchas oportunidades se procedió a la tramitación del Certificado Oficial de Minusvalía.

Este hecho parece poner de manifiesto que hay personas que aún habiendo pasado por el sistema educativo, o por el de salud, no han sido adecuadamente valoradas lo que supone someterlas a una situación de mayor riesgo. Dejamos constancia de la existencia de acuerdos entre FEAPS y alguna Comisaría Provincial de Policía para la detección y trato de casos ya desde la detención.

### **4.2. Relación jurídica penitenciaria y discapacidad intelectual**

Mucho se ha escrito en torno a la llamada relación de sujeción especial y sobre lo que se ha definido como la figura de “administrado cualificado”, que ocupa el interno en la relación jurídica penitenciaria, manteniendo igualmente su posición de adminis-

trado simple<sup>11</sup>. La cuestión adquiere un matiz distinto en el caso de internos afectados por discapacidad intelectual y específicamente en los casos en que su capacidad de obrar se encuentre también afectada, tanto desde el plano civil como en el administrativo. En el plano civil por lo que más adelante diremos y en el plano administrativo si tenemos en cuenta lo dispuesto en el art. 30 de la Ley 30/92 de RJPAC que remite al orden civil la capacidad de obrar ante las Administraciones Públicas, por lo que si alguien se encuentra privado de aquella por estar incapacitado su capacidad de obrar ante la Administración se verá afectada<sup>12</sup>.

Digamos, por tanto, que la presencia en el Módulo de Discapacitados de una persona diagnosticada de discapacidad intelectual nos aproxima a una situación cuando menos singular, al ser necesario un análisis por parte de los especialistas penitenciarios a fin de valorar una serie de extremos de orden civil, en el ámbito de los derechos de la persona, lo cual ya es peculiar. Pero hay más, pues numerosas decisiones de la vida diaria tomadas en razón a la intervención penitenciaria vienen condicionadas por la “incapacidad natural” de estos internos: evitación de actos torpes, actos de autocuidado, solicitudes simples de compras, peticiones administrativas, consejo y guía, rectificación y corrección, toma de medicación, necesidades vitales, habilitación de pensiones etc., que abonan la vida cotidiana... En efecto, una compleja relación de actividad tuitiva, asistencial y de tratamiento. Comprenderá el lector que, todo ello, con independencia de si el interno está incapacitado o de si procede la incapacitación y de si está constituida la tutela o no y de otros posibles negocios jurídicos de mayor enjundia de los que podemos tener conocimiento a través de la familia u otras fuentes<sup>13</sup>. Nos encontramos, por tanto, ante una situación especial y específica de internamiento que se legitima por el “sentido del fallo condenatorio” y tiene su propio fundamento en el de las medidas de seguridad. Aquí y ahora subrayamos la necesidad previa de la detección de casos dada la importancia de lo expuesto, pues cuando ingresan en el Módulo de Discapacitados ya vienen diagnosticados<sup>14</sup>.

---

<sup>11</sup> Véanse, por ejemplo, STC 74/85, 120/90, 11/91, 170/96. Igualmente Sobre Relación jurídica penitenciaria y Estatuto Jurídico del interno ver más ampliamente TELLEZ AGUILERA, Abel, “Seguridad y Disciplina Penitenciaria”. págs 19 y ss. Edisofer S.L. Madrid 1.998. y NISTAL BURON Javier. “Las singularidades propias de la actividad de fiscalización y control en el ámbito de la relación jurídica penitenciaria “. *lustel.com*. RGDP nº 8, Noviembre 2007.

<sup>12</sup> Civilmente la capacidad de obrar es la aptitud para gobernarse y ejercer esos derechos y cumplir las obligaciones de los que se es titular, es decir, la capacidad que se tiene para poder gestionar y realizar los actos necesarios que sean decisivos para los intereses de una persona. Se denomina también capacidad de ejercicio y es contingente y variable y cuando falta se suple por representación.

<sup>13</sup> Negocios jurídicos en el exterior necesarios para su familia “inter vivos o mortis causa” en los que sea parte el interno.

<sup>14</sup> Véase el Documento ya citado anteriormente, resultado del estudio de una comisión “ad hoc” para el abordaje de los internos que presentan tales discapacidades, que presentó en el año 2005 sus conclusiones y que pueden verse en Documentos Penitenciarios 5. Ed. Secretaría Gral. Técnica Ministerio Interior, 2006.

A nuestro criterio, desde el plano teórico, el contenido de la relación jurídica entre la Administración Penitenciaria y el discapacitado intelectual ingresado en el Modulo de Discapacitados se incrementa en el ámbito de las relaciones civiles. De un lado con la llamada guarda de hecho de los arts. 303, 304 y 306 del C.C. y de otro con la previsión de la tutela administrativa. La guarda de hecho es un mecanismo de protección de los humildes y de regulación fragmentaria<sup>15</sup>. Especialmente significativo es el art. 304 C.C. al señalar que los actos realizados en interés del incapaz no podrán ser impugnados si redundan en su utilidad. El reconocimiento en nuestro ordenamiento de la tutela administrativa de los incapaces a través de la reforma del art. 239 C.C. permite a la Administración Penitenciaria valorar, en su caso, la posible situación de desamparo de cara a su excarcelación<sup>16</sup>. En este caso la entidad pública a la que, en su respectivo territorio, tenga encomendada la tutela de los incapaces... asumirá por ministerio de la ley la tutela del incapaz.

Así, podemos resumir el contenido material de la relación jurídica descrita de la siguiente manera:

1. No sustituye a los cargos tuitivos o tutelares del art. 215 C.C. ni a los mecanismos de representación legal del incapaz para el caso de existir. Por lo tanto siguen vigentes en esta materia los pronunciamientos de la sentencia que decide sobre la incapacidad. Mas, aún, en los casos en que no exista incapacidad, promoverla, si procediere, como veremos en el epígrafe siguiente.
2. Es una guarda nacida de la sentencia condenatoria, de carácter temporal, bajo los principios de legalidad, protratamiento e interés del discapacitado. Su finalidad se identifica con los fines de las medidas de seguridad privativas de libertad y con los de la pena. Se extingue por el cumplimiento de la pena o medida de seguridad, pues no olvidemos que la incapacitación civil puede afectar a penados y a internados. La utilidad o beneficio del incapacitado ha de medirse en términos de satisfacción o beneficio personal y de rentabilidad terapéutica.
3. El Centro Penitenciario será el responsable del discapacitado. Bajo el principio de legalidad de ejecución garantizará los derechos eminentemente penitenciarios del internado y sus prestaciones. El control de la legalidad penal y penitenciaria

---

<sup>15</sup> Véase LASARTE Carlos. "Principios de Derecho Civil I. Parte Gral. y Derechos de la Persona". Ed. Marcial Pons. Madrid 2.006. págs.248 y ss.

<sup>16</sup> Considera desamparo el Art. 239 C.C. el incumplimiento de los deberes que le incumben al tutor... y cuando estos queden privados de la necesaria ayuda moral y material.

pertenece al Juzgado de Vigilancia Penitenciaria y al Juez o Tribunal Sentenciador, de conformidad con lo dispuesto en los arts. 76 de la LOGP y 97 y 98 del C.P. Los demás derechos de contenido no penitenciario serán promovidos por la Administración penitenciaria en interés del discapacitado y ante las instancias competentes: Ministerio Fiscal, Tutor, Juzgados competentes, Administración, etc.

4. Tiene carácter transitorio y además tratamental, por cuanto persigue que, una vez cumplida la sentencia, se integre en su medio de retorno en las mejores condiciones posibles, superadoras de aquellas en las que el interno ingresó.

Finalmente señalar una especialidad del régimen de internamiento importante en materia de responsabilidad disciplinaria, pues dispone el Protocolo de funcionamiento del Módulo de Discapacitados que las disposiciones de régimen disciplinario del Reglamento Penitenciario no son de aplicación a los internados por medida de seguridad. Se trata de un precepto análogo y con el mismo fundamento que el art. 188.4 del R.P. referido a los Psiquiátricos Penitenciarios. Y para los penados dispone que se aplique el art. 115 del R.P. referido a Grupo de Comunidad Terapéutica, por lo que la Junta de Tratamiento asume las funciones de Comisión Disciplinaria y Consejo de Dirección.

### **4.3. La incapacitación**

La incapacitación es la privación de la capacidad de obrar de una persona y requiere una resolución judicial.

La disposición adicional primera del Código Penal permite, si fuere procedente, al Fiscal solicitar si fuere procedente la incapacitación ante la Jurisdicción Civil para los casos de las eximentes del art. 20. 1 y 3 del C.P., salvo que ya hubiere sido declarada y, en su caso, el internamiento si fuere necesario conforme las normas de la legislación civil. Igualmente señalamos que la Autoridad o Funcionario que conociera la posible causa de incapacitación de una persona debe ponerla en conocimiento del Ministerio Fiscal (art. 757 L.E. Civil). Los procesos sobre capacidad de las personas vienen recogidos en los arts. 756 y ss del de la LEC. La incapacitación puede llegar incluso al derecho de sufragio de conformidad con el art. 3.1.b de la L.O. 5/85 de Régimen Electoral General.

Son causas de incapacitación aquellas enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impiden a la persona gobernarse por sí misma, de acuerdo con el art. 200 del Código Civil.

La declaración de incapacidad tiende a salvaguardar el interés legal del discapacitado en sus relaciones civiles, asegura su propio tratamiento una vez sea puesto en libertad y, además, ordena sus relaciones con terceros. Son vías para la defensa de los intereses del incapacitado la tutela, la curatela y la defensa judicial, para la guarda de persona y bienes o solamente de persona o de los bienes de los que son incapaces de gobernarse por sí mismos. Véanse los arts. 215 y ss del Código Civil.

Es frecuente, a la luz de nuestra experiencia, la falta de familiares para hacerse cargo del interno o que habiéndolos, finalmente, renuncien a ser tutores, las más de las veces por simples vías de hecho o que, simplemente, no puedan o no estén en condiciones de serlo. De acuerdo con el art. 239 del Código Civil “la entidad pública a la que, en el respectivo territorio, esté encomendada la tutela de los incapaces, cuando ninguna de las personas recogidas en el art. 234 sea nombrado tutor, asumirá por ministerio de la ley la tutela del incapaz o cuando éste se encuentre en situación de desamparo”. Por ello, si no es posible designar tutor de acuerdo con las normas previstas en el Código Civil (art. 234) deberá el Juez ordenar la tutela administrativa del declarado incapaz y de la misma manera para casos de desamparo<sup>17</sup>.

En estos casos la tutela recae, si así lo establece la sentencia, en una Institución Pública dependiente de la Comunidad Autónoma para adultos<sup>18</sup>.

La propuesta para iniciar el proceso de incapacitación nace de la Junta de Tratamiento, previo informe del Equipo Técnico. La solicitud e informes se remiten a la Fiscalía de Incapacitados de la Audiencia Provincial donde radica el Centro Penitenciario,

---

<sup>17</sup> Se considera como situación de desamparo la que se produce de hecho a causa del incumplimiento o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes que le incumben de conformidad a las leyes, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material, Art. 239 CC.

<sup>18</sup> Naturalmente podríamos acercarnos a otras Comunidades Autónomas pero, así por ejemplo, citamos el preámbulo de la Ley 4/1995, de 21 de marzo, de creación de la Agencia Madrileña para la Tutela de Adultos: *La Ley 13/1983, de 24 de octubre, por la que se modificó el Código Civil en materia de tutela, supuso un importante avance en el sistema protector de los menores e incapacitados sustituyendo la denominada tutela de familia por la “tutela de autoridad”. En tal sentido, una de las principales innovaciones que se introdujeron consistió en facultar a las personas jurídicas sin ánimo de lucro y entre cuyos fines figure la protección de menores e incapacitados, a constituirse en tutores. En este sentido se crea la Agencia Madrileña para la Tutela de Adultos, dotada de la naturaleza jurídica citada y adscrita a la Consejería de Integración Social, y cuyos fines básicos son el ejercicio de la tutela y curatela de los mayores de edad incapacitados legalmente residentes en la Comunidad de Madrid, cuando así lo determine la autoridad judicial competente, así como la defensa judicial de quienes estén sometidos a un proceso de incapacitación o el ejercicio de cuantas otras funciones determine la autoridad judicial en defensa de presuntos incapaces en situación de desamparo. Junto a estos fines, a la Agencia le corresponde también el fomento y la realización de aquellas acciones que se encaminen a la integración y normalización de los adultos que tutele, la gestión de las rentas y patrimonios de éstos y en general, el fomento del respeto a los derechos de las personas mayores de edad residentes en la Comunidad de Madrid que se encuentran incapacitadas legalmente o sobre las que se haya iniciado un proceso de incapacitación.*



que instará el procedimiento ante la Jurisdicción Civil. Naturalmente el alcance de la incapacitación será fijado en sentencia y existen distintas posibilidades<sup>19</sup>. Cabe la adopción de medidas protectoras del incapaz durante el proceso de acuerdo con el art. 762 LEC, de oficio o a instancia de parte, en cualquier estado del procedimiento de incapacitación.

#### **4.4. La responsabilidad civil**

El C.P. en su art. 118.1 establece que la exención de la responsabilidad criminal declarada en los números 1,2,3,5 y 6 del art. 20 no comprende la de la responsabilidad civil que se hará efectiva conforme las reglas siguientes: 1. En los casos de los números 1 y 3 ( que ahora son los que nos interesan) son también responsables quienes los tengan bajo su potestad o guarda legal o de hecho, siempre que medie culpa

---

<sup>19</sup> Siguiendo a GONZÁLEZ NIÑO, María Aurora, Magistrada Juez de Instrucción 10 de Granada, en su ponencia publicada en Internet, "Consecuencias jurídico legales de las psicopatologías" WEB. <http://neurologia.rediris.es/congreso-1/conferencias/neuropsicologia-2.html>: la incapacitación civil "Es preciso llamar la atención sobre una circunstancia que a veces induce a confusión: no es preciso, de acuerdo con la Ley, que el impedimento para el autogobierno sea absoluto o total en la persona para dar lugar a la incapacitación. En efecto, de acuerdo con el Art. 210 del Código Civil, es el Juez el que deberá determinar al declarar la incapacitación la extensión y límites de ésta en función del grado de incapacidad que presente el afectado, o lo que es lo mismo, determinará si la incapacidad es absoluta si afecta a todos los aspectos de la vida y gestión de los intereses del incapaz, o sólo relativa o limitada a determinados aspectos o ciertos actos, dependiendo de la intensidad y grado de afectación del sujeto o, como dice la Ley, en función de su grado de discernimiento, dependiendo de lo cual se arbitrarán unos u otros mecanismos de protección para el incapaz según necesite de otra persona que supla totalmente su falta de capacidad y asuma todas las funciones de cuidado y representación del incapacitado, o bien tan sólo precise de un auxilio, control o supervisión de sus actos para completar una capacidad disminuida o limitada pero no ausente de modo absoluto. Como antes se ha explicado, no todas las patologías, aunque sean idénticas, afectan por igual a todas las personas que las padecen, de suerte que la capacidad de autogobierno tiene un componente marcadamente ambiental, referida a las circunstancias de todo tipo en que se desenvuelve el sujeto (edad, estado de salud, grado de cultura, responsabilidades familiares y laborales, nivel económico, integración social, etc.). De ahí pues que la capacidad de autogobierno venga referida al comportamiento normal y comiente de una persona de acuerdo con su vida, relaciones personales y sociales e intereses económicos. No tener capacidad de autogobierno supondrá que esa persona no puede actuar de acuerdo con los moldes y funcionamiento social del marco en que se encuentra. En este sentido resulta muy ilustrativa la clasificación que realiza el Dr. Ortega Monasterio sobre los grados de incapacidad, que enumera, de mayor a menor gravedad, en los siguientes: GRADO 4: máxima pérdida de la autonomía y habilidades personales, precisando de los cuidados de otras personas incluso para las tareas más elementales (aseo, higiene personal, nutrición,...), propio por ejemplo de pacientes afectados de demencias y oligofrenias profundas. GRADO 3: cierto grado de autonomía personal para tareas higiénicas y nutritivas elementales, así como cierta capacidad para la deambulación con adecuada orientación, pero sin poder transitar por lugares desconocidos ni realizar operaciones comerciales simples como compras de mercado doméstico, pago de transportes urbanos, etc. GRADO 2: autonomía para la vida doméstica y para cierta actividad social, con cierta capacidad de orientación en los desplazamientos urbanos y con aptitud para realizar operaciones comerciales simples. GRADO 1: autonomía doméstica y social globalmente adquirida y conservada, así como aptitud para actividades manuales propias de un adulto normal y administración económica de cierta complejidad (como administrar una pensión mensual para el propio sostenimiento), pero sin poseer aptitud para realizar operaciones económicas complejas (contratos de compraventa de inmuebles, créditos hipotecarios, etc.), propias, por ejemplo, de los afectados de debilidad mental ligera o discreto deterioro senil de la personalidad. Tal clasificación vale, pues, como orientación genérica, lo que no excluye se examinen también otros datos igualmente importantes para valorar adecuadamente cada caso particular, cuales la aptitud del sujeto para las relaciones sociales, su capacidad para el trabajo, etc., que nos indicarán el grado de autonomía que posee para su normal desenvolvimiento.

o negligencia por su parte y sin perjuicio de la responsabilidad civil directa que pudiere corresponder a los imputables. Los Jueces y Tribunales graduarán de forma equitativa la medida en la que deba responder con sus bienes cada uno de dichos sujetos. Contrariamente, entonces, ha de entenderse que no responden los guardadores si ha existido diligencia debida y que los inimputables son responsables pues al decir el Código "son también responsables" admite esta hipótesis, a graduar. El legislador se aparta de la anterior regulación en la que si había culpa o negligencia por parte del tutor o guardador respondía éste y, caso de no haber culpa o ser insolvente, respondía el inimputable. Esta regulación, según algún sector de la doctrina, no es de mayor calidad que la del art. 20 del Código Penal de 1.973 y mantiene algunos de sus problemas, entre ellos, el de no dejar claro si la responsabilidad es solidaria o mancomunada<sup>20</sup>. Naturalmente no es de aplicación al caso de inimputables el juego de la variable responsabilidad civil en materia de cumplimiento específico de medidas, tras los cambios introducidos por la L.O. 7/2.003 en la Ley Penitenciaria y Código Penal. Y ello porque es exclusivamente para penados y referido a materia de clasificación y libertad condicional. A los semi-imputables, que no están comprendidos en el ámbito de aplicación del Art. 118, les será de aplicación la materia de responsabilidad civil cuando se alzare la medida y la pena no fuere suspendida, de conformidad con lo dispuesto en el art. 99 C. P. pues el interno ya es penado y habrá de seguir la normativa general de los mismos.

#### **4.5. La cuestión de la duración de la medida y la concurrencia de penas y medidas**

##### **4.5.1. El principio de proporcionalidad**

El principio de proporcionalidad se recoge en el art. 6.2. C.P. cuando establece que las medidas de seguridad no pueden resultar ni más gravosas ni de mayor duración que la pena abstractamente aplicable al hecho cometido, ni exceder el límite de lo necesario para prevenir la peligrosidad del autor. Este principio de proporcionalidad y

---

<sup>20</sup> Véase MOLINA BLAZQUEZ Carmen. "La aplicación de la pena". Ed. Bosh. Barcelona 2ª Ed. Pág. 121. Civilmente hablamos de mancomunada cuando entendemos que cada uno de los sujetos ha participado con un porcentaje, por lo que responderá de la parte del daño que le podemos atribuir. En el caso de la solidaridad la deuda es única y en este caso sentido el perjudicado podrá exigir la totalidad de la responsabilidad a cualquiera de los deudores. La regla general en materia de responsabilidad civil es la de mancomunada. La solidaridad no se presume, debiendo venir establecida expresamente por ley o por Sentencia judicial. Siguiendo a Gracia Martín, el tipo de responsabilidad de los guardadores parece directa, de una interpretación de los sucesivos textos prelegislativos y en cuanto a si es solidaria o mancomunada existen dudas, de una interpretación del Art. 1137 CC (mancomunada como regla general) y de la doctrina civilista que se inclina por la solidaridad en la responsabilidad civil por los hechos ajenos. GRACIA MARTIN Luis, "Las consecuencias jurídicas del delito en el nuevo Código Penal Español". Ed. Tirant lo Blanch. 3 Ed. Valencia 2.004. pág. 556 y ss.

necesariedad, así entendido, ha suscitado discusión en la doctrina. O bien en nombre de este principio cabe rechazar la medida de custodia de seguridad a delincuentes de criminalidad leve y aplicarla si guarda relación con la gravedad del delito y con la peligrosidad del delincuente, o bien y siguiendo a Muñoz Conde<sup>21</sup>, para satisfacer las garantías penales limitar la aplicación de medidas haciendo que éstas no pudieran rebasar a la de la pena que pudiere corresponder al delito cometido. Esta última tesis introducida en la Propuesta de Código Penal de 1.983 es la que se ha impuesto en el Código Penal de 1.995. La misma es criticada por Gracia Martín y Cerezo Mir, por confundir el fundamento de la pena, culpabilidad, y el de la medida de seguridad, peligrosidad, reflejándose en su consecuencia jurídica<sup>22</sup>. Igualmente es rechazable para García Andrade, pues “se ha llegado al hecho sorprendente de poner límite a la enfermedad, de tal forma que un sujeto enfermo que cometiera un delito no puede estar hospitalizado por más tiempo del que le hubiera correspondido de haber sido condenado y no habérsele aplicado ningún tipo de eximente, aún cuando precise continuar no sólo el tratamiento psiquiátrico sino también las medidas de custodia. Quizá exista un error de concepto, no es privación de libertad, es hospitalización, donde deberá ser asistido custodiado y tratado, incluso impositivamente, pues nos estamos refiriendo a personas que han perdido la capacidad de responder de sus actos”<sup>23</sup>.

Así, para el caso de eximentes completas, como establecen los arts. 101 a 103 del C.P. el límite temporal de la duración de la medida de seguridad privativa de libertad es el que hubiera durado la pena privativa de libertad si hubiera sido declarado responsable el sujeto y a tal efecto se fijará ese límite máximo en la sentencia<sup>24</sup> como señala Mapelli Caffarena la historia del derecho penal está llena de estafas de etiquetas y nuestro legislador ha tomado buena nota... las medidas de seguridad incorporan un contenido aflictivo y por ello han de tener duración máxima prefijada<sup>25</sup>.

---

<sup>21</sup> MUÑOZ CONDE “El Nuevo Código Penal. La Reforma necesaria.” Univ. Cádiz 1.992, pág.70. También en MUÑOZ CONDE F. “Las medidas de seguridad: Eficacia y ámbito de aplicación ante la Jurisprudencia del T. C.”. VIII Jornadas Penitenciarias Andaluzas.1.991 La Rábida. Ed. Consejería de Gobernación. 1.994. Sevilla.

<sup>22</sup> GRACIA MARTIN en “Las Consecuencias...” págs 398 y ss. CEREZO MIR J. Curso de D Penal Español. P. Gral. Introducción 5ª ED, Tecnos, Pág. 37 y 38.

<sup>23</sup> GARCIA ANDRADE J. A. “En detrimento del enfermo mental”. Diario El Mundo. 16.1.2.000.-

<sup>24</sup> Sobre este límite máximo puede verse la STS de 12.11.01 que entiende como límite máximo el impuesto por el tipo concreto, su grado de participación, su grado de ejecución y las circunstancias atenuantes y agravantes... Véase GRACIA MARTIN en las “Consecuencias...” pág. 403.

<sup>25</sup> MAPELLI CAFFARENA Borja. “Las Consecuencias jurídicas del delito”. Ed. Civitas. 3ª Ed. , pág. 209.

#### **4.5.2. Concurrencia de penas y medidas de seguridad privativas de libertad impuestas en el mismo proceso.**

Para el caso de eximentes incompletas. Se trata, por ello, de personas semiimputables, responsables penalmente de manera atenuada pero concurriendo peligrosidad criminal. Son exigencias de tratamiento y criterios resocializadores. No hay doble punición ni doble cómputo temporal.

Si son privativas de libertad el Código Penal recoge, para su ejecución, el sistema vicarial en su art. 99. En efecto, señala el art. 104 del C.P. que en los supuestos de eximente incompleta del art. 20, 1, 2 y 3. el Juez o Tribunal podrá imponer además de la pena correspondiente, las medidas previstas en los arts. 101, 102 y 103. No obstante la medida de internamiento solo será aplicable cuando la pena sea privativa de libertad y su duración *no podrá exceder de la pena prevista en el Código para el delito*, lo que parece apuntar a la pena abstracta<sup>26</sup>. El art. 99 recoge que el Juez o Tribunal ordenará el cumplimiento de la medida que se abonará para el de la pena. Alzada la medida de seguridad el Juez o Tribunal podrá, si con la ejecución de la pena se pusieren en peligro los efectos de aquella, suspender el cumplimiento del resto de la pena por plazo que no habrá de superar la duración de la misma. La medida representa a la pena con la siguiente consecuencia: el tiempo de medida que se aplica, se computa a la pena. Naturalmente, si la pena es inferior o igual a la medida y ésta no se alza, aquella, la pena, quedará extinguida durante el cumplimiento de la medida. Como se ha dicho no hay doble cómputo temporal (pena + medida).

#### **4.5.3. La concurrencia de pena de prisión y/o medidas privativas de libertad impuestas en diferentes procesos.**

Nos referimos a los casos de pluralidad de hechos delictivos con distinta consecuencia jurídica, en unos casos pena y en otra medida de seguridad, ambas privativas de libertad, pero impuestos en distintos procesos y obrantes para su cumplimiento en un expediente penitenciario.

---

<sup>26</sup> En principio parece extraño como apunta Muñoz Conde y García Arán que para las eximentes incompletas opere para el límite temporal una pena más amplia que para las eximentes completas. La razón es que habrá resultado una pena concreta muy atenuada por lo que el legislador la ha considerado límite excesivamente bajo. Véase MUÑOZ CONDE F. y GARCIA ARAN M. "Derecho Penal Parte General." Ed. Tirant lo Blanc. 6ª Ed., pág. 584 y ss. Allí nos remitimos a la problemática de los límites temporales.

Primero abordaremos el supuesto de penas y medidas. En el marco de la discapacidad intelectual la existencia de medidas de seguridad en uno o varios procesos y penas en otro u otros, nos parece una disfunción procesal que debería tener una respuesta legal, ahora ausente. Y son relativamente significativos los casos. Nuestro criterio es que, como norma general, debe resolverse con arreglo al principio de persona determinada y protratamiento. En la generalidad de los casos hemos considerado procedente iniciar, en primer lugar, el cumplimiento de la medida y ello porque desde el plano teórico es necesario incidir en el interno de manera integral huyendo de los cómputos rígidos de carácter temporal de la pena, diseñar un programa específico adecuado a su perfil y buscar la rentabilidad terapéutica de los programas específicos de discapacitados. Iniciada la medida y alzada o finalizada ésta, hay resortes para seguir posteriormente con el tratamiento penitenciario de manera alternativa, aunque deba de cumplirse una pena. Pero hay más, repetimos, en este tipo de medidas de seguridad la disfunción o anomalía (discapacidad intelectual) va a permanecer y es menester su abordaje de manera prioritaria y continuada. Así ha sido solicitado a los Jueces y Tribunales y unánimemente lo han entendido. Se inicia el cumplimiento de la medida o medidas y después se iniciará el cumplimiento de la pena o penas. Si ya se hubiere iniciado la pena de prisión ha de quedar suspendida, solicitándose así del Tribunal o Juez, y una vez aprobada la suspensión quedará sin efecto su clasificación penitenciaria. Una vez extinguida la medida o medidas se reiniciaría la pena con la clasificación que correspondiera y aquí caben todas las hipótesis protratamiento y más si las medidas hubieren sido sustituidas por otras no privativas de libertad, como permite el Código Penal y más adelante estudiaremos; estaríamos abocados a una clasificación en tercer grado instrumental (Unidad Extrapenitenciaria, CIS con tratamiento ambulatorio o centro de día, libertad condicional si estuviera en plazo temporal, etc.).

La cuestión puede ser más compleja. Así, cuando existen diversas penas y alguna medida o medidas y al menos desde el plano teórico pudiera plantearse si es posible la acumulación jurídica del art. 76 del Código Penal. Nada hay que decir sobre la procedencia desde la órbita de las penas desde la regla de la acumulación jurídica. El asunto es si cabe la inclusión de las medidas de seguridad. De una lectura del art. 76 citado y de una interpretación armónica y sistemática entendemos que la respuesta debe ser afirmativa para el caso de la eximente incompleta del art. 104. C.P., dejando siempre a salvo el cumplimiento de la medida (s) impuesta (s) en la duración inicial y dentro del cómputo total de pena acordado como consecuencia de la aplicación de los preceptos del art. 76 C.P.

Segundo nos detendremos en el supuesto cumplir varias medidas de seguridad privativas de libertad impuestas en distintos procesos. En este caso procede enlazar las mismas por orden de duración y así dar orden a su cumplimiento. Las medidas quedarán así cumplidas previa autorización de Tribunal o Juez sentenciador. Como no son penas es fácil entender que no se plantean los problemas del licenciamiento y de la libertad condicional. Cuestión distinta es que por la evolución del internado y los recursos sociales existentes proceda la sustitución de una medida existiendo alguna pendiente. A nuestro criterio no habría inconveniente elaborándose una propuesta de sustitución múltiple, que habría de detallarse individualizadamente, ante el JVP., conjugándose los principios de necesidad y peligrosidad. Finalmente señalar que las medidas de seguridad no se refunden, se enlazan, dado su fundamento, porque no son penas.

#### **4.6. La ejecución de la medida. La sustitución.**

La ejecución de la medida de seguridad tiene carácter jurisdiccional y se efectuará bajo control judicial. Está sometida al principio de legalidad pues no podrá ejecutarse pena ni medida sino en virtud de sentencia firme. Aquí hemos de volver a recordar la problemática existente, dada la falta de respeto del legislador al principio de legalidad y jerarquía normativa, pues el desarrollo de la regulación de la medida de seguridad privativa de libertad de internamiento en Unidad Educativa Especial no se ha llevado a cabo.

El Código Penal establece unos mecanismos de revisión y control de la ejecución de la medida y de la evolución y tratamiento del interno. Veamos:

La competencia en materia de revisión o modificación de la medida es del Tribunal Sentenciador a propuesta del JVP (art. 97 C.P.). A estos efectos el JVP remitirá al menos anualmente una propuesta de cese, mantenimiento, sustitución o suspensión de la medida, si bien los informes a veces son solicitados con un carácter temporal menor que el año. El fundamento de la propuesta del JVP al Tribunal Sentenciador son los informes del Equipo Técnico del Centro Penitenciario y los que en su caso a este fin ordene (art. 98 C.P.) El hecho de que se lleve a cabo en un proceso contradictorio reviste de garantías la posición del internado: derecho a la defensa, tutela judicial y recursos. El Tribunal Sentenciador deberá decidir sobre mantenimiento, cese, sustitución o suspensión de la ejecución de la medida, según el art. 97 C.P. Estos informes se remitirán tanto en el caso de inimputables sometidos a medida de seguridad como en el caso de semiimputables, condenados a pena y medida de seguridad privativa de libertad, desde el inicio de la medida.

El mantenimiento de la medida hace que la misma se mantenga en los términos inicialmente impuestos. El cese de la medida supone su cumplimiento. La sustitución significa el cambio de una medida por otra y como nosotros nos referimos a las privativas de libertad, éstas se pueden sustituir por una o varias de las no privativas de libertad adecuadas a su perfil, si la peligrosidad del sujeto ha disminuido y no procede el cese de la misma. Tras la reforma de la L.O. 15/2003 en el caso de la sustitución de la medida, para el caso de incumplimiento de la medida sustitutiva y de que esta fuere menos onerosa, se determina habrá de cumplirse la medida sustituida. La suspensión de la ejecución es someter a prueba al internado con la condición de no volver a delinquir durante el período que reste del máximo señalado en atención a los resultados obtenidos una vez iniciada su ejecución. Alzar la medida, término recogido en el art. 99 C.P., es dejarla sin efecto dejando a salvo lo dispuesto en el mismo precepto legal o, a nuestro criterio, sustituirla por otra u otras no privativas de libertad si la pena estuviere ya cumplida o cese de la misma.

Ante el silencio del legislador ha de discutirse el atribuir la competencia para la aprobación de instrumentos terapéuticos que suponen la excarcelación temporal del Establecimiento: salidas terapéuticas, de inserción sociolaboral, familiar, salidas programadas, etc. A nuestro criterio la competencia ha de ser del JVP, pues la del Tribunal Sentenciador se ciñe al art. 97 del C.P.

La sustitución de una medida privativa de libertad por otra u otras no privativa de libertad, de acuerdo con las reglas generales de procedencia de la medida parece lo más razonable, desde el punto de vista de la prevención general. La competencia para el seguimiento (nótese seguimiento y no ejecución directa) de medidas no privativas de libertad es de la Administración Penitenciaria a través de los Servicios Sociales. En efecto, de acuerdo con el RD 515/2.005, de 6 de mayo. BOE 7.5.05, sobre ejecución TBC y localización permanente, de determinadas medidas de seguridad, así como de la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad, son los servicios sociales penitenciarios los que deben dar respuesta a la coordinación que ha de establecerse entre órganos judiciales y servicios comunitarios y así se recoge en su preámbulo. Dicho esto, señalar que la regulación de la materia, en el RD 515/05 contiene algunas incorrecciones técnicas<sup>27</sup>. La realidad nos demuestra, en materia de sustitución de

---

<sup>27</sup> Es nuestro parecer porque aunque, en su exposición de motivos, sí habla de medidas de seguridad privativas y no privativas de libertad, en su articulado no parte de una distinción clara entre medidas privativas y no privativas de libertad. Igualmente porque, en el art. 21.2 y 3., excluye de su aplicación el internamiento psiquiátrico por ser materia regulada en el RP y la enfermedad mental sobrevenida, del Art. 60 CP ( Art. 21.3), al parecer por idéntico motivo, pero nada dice de la medida de seguridad privativa de libertad de internamiento en Centro educativo Especial. Igualmente porque nada dice del inicio de la medida de seguridad no privativa de libertad, por la vía de la sustitución de una que fuere de privación de libertad.

medidas privativas de libertad por otras medidas no privativas, que el proceso de gestión es similar o análogo al de la libertad condicional: se solicitan los oportunos informes a los Servicios Sociales sobre compromisos de instituciones, posibilidades de acogida, avales y recursos del exterior con el fin de proceder a elevar esta documentación al JVP con la propuesta de sustitución de medida que, éste, elevará al Juez o Tribunal Sentenciador para proceder en su día a la excarcelación. En este sentido el expediente del interno y su protocolo habrán de ser remitidos a los servicios sociales competentes donde radica el domicilio del penado, junto con los particulares oportunos.

En cuanto al quebrantamiento de medidas, según el art. 100 C.P., modificado por L.O. 15/2003, el quebrantamiento da lugar a que el juez ordene el reingreso del sujeto en el mismo Centro del que se hubiere evadido o en otro que se corresponda a su estado. En el caso de quebrantamiento de medidas no privativas de libertad sustitutivas de anteriores privativas, se podrá imponer la medida originaria. Con la reforma de la L.O. 15/2003, se extiende el deducir testimonio por quebrantamiento e incluso posible condena a las medidas de seguridad no privativas de libertad.

Referente a la extinción de las medidas de seguridad cabe remitirse al art. 130 del Código Penal. Es discutible la aplicación de indulto. La opinión dominante entiende que no le es aplicable al ser distinto el fundamento de pena y medida y al no poder efectuarse analogía entre responsabilidad penal y peligrosidad.





#### 4.7. La problemática de la excarcelación

La cuestión de la excarcelación de los internos del Modulo de Discapacitados, por cumplimiento de la pena o medida de seguridad, es el asunto más complejo, a la luz de nuestra experiencia, con el que nos encontramos a la hora de la gestión de la ejecución de esta modalidad penal<sup>28</sup>. Contribuyen a esta complejidad las dificultades existentes en su medio familiar y la aparente falta de Centros o recursos específicos en las distintas Comunidades Autónomas frente a la necesidad de continuidad de tratamiento y en su caso de asistencia en establecimientos especializados en su medio de retorno. A ello ha de añadirse el hecho del estigma de la prisión: ha de convencerse al interlocutor de que se ha producido la libertad por cumplimiento, que, por tanto, cesa la competencia de la administración penitenciaria y que nos encontramos en casos límite donde es preciso el tratamiento en el exterior. Hemos de entender que estos internos tienen una capacidad muy limitada de comprensión para la resolución de asuntos cotidianos<sup>29</sup>. La cuestión nos sitúa ante un panorama desalentador. Pues

---

<sup>28</sup> Cuando la excarcelación se produce por sustitución de medida la cuestión es más sencilla pues se comprende que hay un camino de acogimiento ya trabajado que fundamenta la propia sustitución. Y también de ahí se extrae que nos encontramos, en la excarcelación por cumplimiento, con los casos más complejos.

<sup>29</sup> La mayoría de ellos empieza un estado de nerviosismo generalizado antes de su excarcelación. Se observa agitación y ansiedad. ...serían incapaces de llegar hasta su residencia. La preparación de libertad es un ejercicio necesario.

ello, aún siéndolo, como se comprenderá, no es solamente un problema de gestión; materialmente es una necesidad de tratamiento<sup>30</sup>.

#### **4.7.1. La excarcelación tutelada**

Una vez cumplida la pena o medida hablamos de libertad tutelada cuando el interno es recogido por su familia o su tutor a la salida del Establecimiento, cuestión que en la mayoría de las ocasiones es complicada<sup>31</sup>. Esta excarcelación requiere su planificación y preparación junto con la familia o institución que se va a hacer cargo del interno. Puede ocurrir que:

- a) Caso de no estar el interno incapacitado habremos de procurar su vuelta al grupo de retorno familiar, facilitando recursos externos a través de FEAPS que puedan ayudar a su reintegración.
- b) Si existe incapacitación y existe un tutor institucional así declarado en sentencia es a éste a quien le corresponderá designar el Establecimiento sociosanitario donde ha de ingresar. Designado el Centro o Establecimiento el interno habrá de ser allí trasladado.
- c) Si la tutela es familiar (bien de familia o de los progenitores por la prórroga de la patria potestad) y se hacen cargo del mismo a ella le será entregado el interno. Habrá de facilitarse ayuda a través de FEAPS. Si no se hacen cargo del interno por unas u otras razones o bien puede existir desamparo será de aplicación lo dispuesto en el art 239 del Código Civil que antes se comentó (pág. 60), por lo que bien procede actuar como se dirá en el siguiente epígrafe.

Se comprende ahora y aquí la importancia de promover la incapacitación del interno, si entendemos se dan las circunstancias que establece la ley, que ya vimos anteriormente.

---

<sup>30</sup> Nos parece relevante a estos efectos el Acuerdo Sectorial del Ministerio del Interior y Consejería para la Igualdad de la Junta de Andalucía de 5.6.06, que desarrolla el Plan de Acción Integral para personas con discapacidad en Andalucía y que se refiere específicamente a Discapacitados en Prisión. BOE 19.6.06.

<sup>31</sup> Dificultades económicas, miedo de la familia, existencia de otros conflictos familiares, víctima en el grupo de retorno...



#### 4.7.2. La libertad excarcelada: desamparo y autorización de internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico

En los casos más graves de discapacidad intelectual o cuando ésta se acompaña de otras anomalías psíquicas o incluso de algún diagnóstico de enfermedad mental, podemos entender que se puede dar una situación clara de desamparo si a su salida en libertad no recibe el tratamiento y la atención adecuada. De acuerdo con el art. 239 del Código Civil la entidad pública a la que, en el respectivo territorio, esté encomendada la tutela de los incapaces cuando ninguna de las personas recogidas en el art. 234 sea nombrado tutor, asumirá por ministerio de la ley la tutela del incapaz o cuando éste se encuentre en situación de desamparo. Se considera como situación de desamparo la que se produce de hecho a causa del incumplimiento o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes que le incumben de conformidad a las leyes, cuando éstos

queden privados de la necesaria asistencia moral o material. Se produce desamparo entendemos, por tanto, cuando el interno corre un serio peligro a su salida en libertad. En este sentido ha de trabajarse la excarcelación a través de los recursos de la Comunidad Autónoma de origen, para lo cual habremos de contar con FEAPS.

Si el caso es grave, lo requiere, resta un tiempo prudencial para su libertad y no se ha podido gestionar un Centro adecuado a las necesidades del interno o aquellos que tienen su tutela no se hacen cargo del mismo, en los términos recogidos en el anterior apartado, el mecanismo que ha de ponerse en marcha es el recogido en el art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil que regula la autorización del internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico<sup>32</sup>. Es verdad que es una situación de remedio temporal, cautelar, y que seguramente no está pensada por el legislador para estos fines; más puede ser paralela a los trámites de lo dispuesto en el art. 239 del C.C. ya citado y siempre en beneficio del interno<sup>33</sup>.

---

<sup>32</sup> Dispone el citado precepto lo que sigue en sus apartados 1, 3 y 4:

1. El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento. La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal. En los casos de internamientos urgentes, la competencia para la ratificación de la medida corresponderá al tribunal del lugar en que radique el centro donde se haya producido el internamiento. Dicho tribunal deberá actuar, en su caso, conforme a lo dispuesto en el apartado 3 del artículo 757 de la presente Ley.

3. Antes de conceder la autorización o de ratificar el internamiento que ya se ha efectuado, el tribunal oír a la persona afectada por la decisión, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida. Además, y sin perjuicio de que pueda practicar cualquier otra prueba que estime relevante para el caso, el tribunal deberá examinar por sí mismo a la persona de cuyo internamiento se trate y oír el dictamen de un facultativo por él designado. En todas las actuaciones, la persona afectada por la medida de internamiento podrá disponer de representación y defensa en los términos señalados en el artículo 758 de la presente Ley. En todo caso, la decisión que el tribunal adopte en relación con el internamiento será susceptible de recurso de apelación.

4. En la misma resolución que acuerde el internamiento se expresará la obligación de los facultativos que atiendan a la persona internada de informar periódicamente al tribunal sobre la necesidad de mantener la medida, sin perjuicio de los demás informes que el tribunal pueda requerir cuando lo crea pertinente. Los informes periódicos serán emitidos cada seis meses, a no ser que el tribunal, atendida la naturaleza del trastorno que motivó el internamiento, señale un plazo inferior. Recibidos los referidos informes, el tribunal, previa la práctica, en su caso, de las actuaciones que estime imprescindibles, acordará lo procedente sobre la continuación o no del internamiento. Sin perjuicio de lo dispuesto en los párrafos anteriores, cuando los facultativos que atiendan a la persona internada consideren que no es necesario mantener el internamiento, darán el alta al enfermo, y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente.

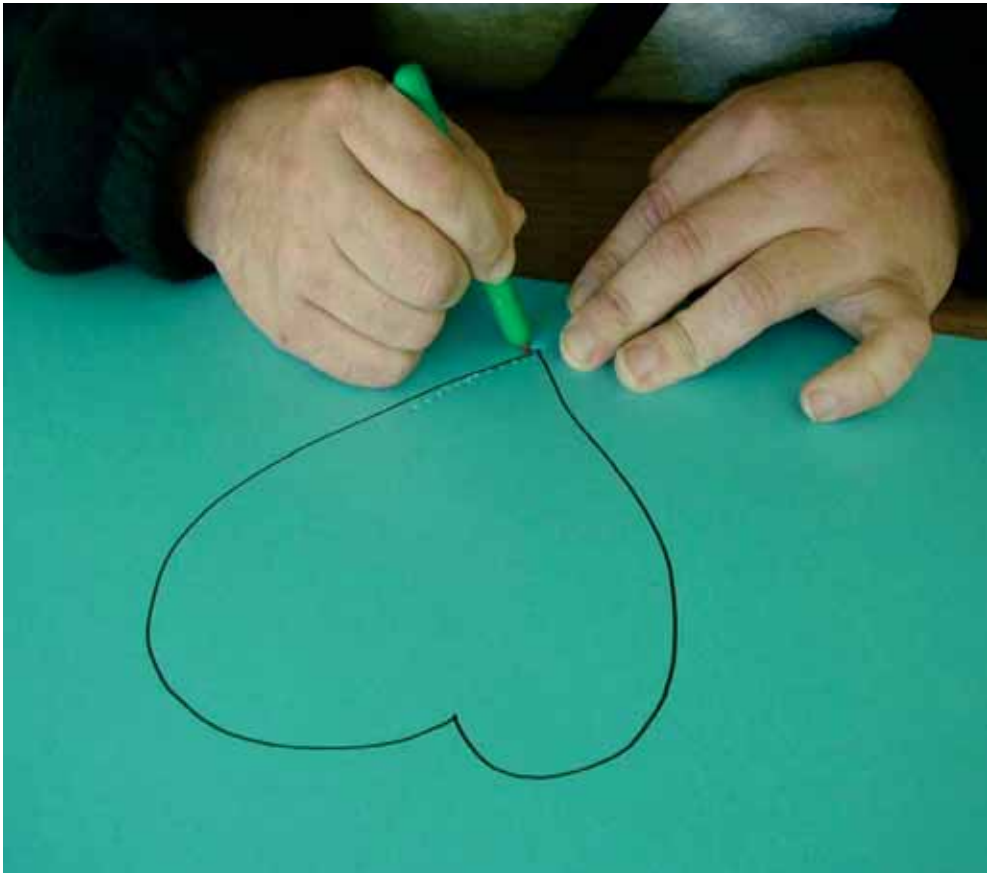
<sup>33</sup> Nos atrevemos a sugerir, por ello, "lege ferenda", el debate, ante una futura reforma, en torno a la atribución de competencia al Juez de Vigilancia Penitenciaria, que ha conocido de los informes de la medida de seguridad y siempre que las circunstancias del caso lo demandaran, sobre la autorización de este tipo de internamiento civil y no voluntario al término del cumplimiento de la medida de seguridad que armonizara, en el exterior, los fines del tratamiento a recibir y la necesidad asegurativa del caso concreto. Ello evitaría el enorme sufrimiento de familias que no saben como abordar estos casos, rebajaría la posible peligrosidad del liberado y establecería un recurso concreto en el exterior que a veces es casi imposible de encontrar.

La propuesta, realizada con la antelación suficiente como se dijo, ha de partir de la Junta de Tratamiento, previo informe del Equipo Técnico. Se acompañará de informe psicológico y psiquiátrico. Es competente el Juzgado de Primera Instancia de la localidad. Si se concede la autorización judicial de internamiento ha de entenderse que será la Administración Autonómica competente la responsable de la gestión y tratamiento posterior, a quien habrá de remitirse la resolución judicial, para su conocimiento y cumplimiento. Una vez puesto en libertad se comunica al Juzgado que dictó la autorización. El interno habrá de ser conducido al recurso sociosanitario que deba admitirlo.

## 5. Anexos

### Fichas de evaluación

---









CENTRO PENITENCIARIO DE SEGOVIA  
UNIDAD EDUCATIVA ESPECIAL

FICHA 2. Registro del comportamiento durante las actividades

Nombre: ..... Actividad: .....

Fecha	Asistencia	Puntualidad	Aprovechamiento	Conducta disruptiva (Interrumpe, grita, ...)	Observaciones

Observaciones de la semana

Observaciones fin de semana

CENTRO PENITENCIARIO DE SEGOVIA  
UNIDAD EDUCATIVA ESPECIAL

FICHA 3. Evolución semanal del comportamiento

Semana del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Nombre: .....

Actividades	Asistencia diaria	
	Puntualidad	
	Aprovechamiento	
Comportamiento	En actividades	
	En el comedor	
	Resto del módulo	
Relaciones Interpersonales	Con compañeros de proyecto	
	Con el resto del módulo	
	Con personal	
Toma de medicación	Si	
	No	
Analítica	Si	
	No	

## FICHA 4. Registro de incidentes conductuales

## Análisis de incidentes: A - B - C.

Nombre del Atendido: ..... Fecha de registro :.....

Nombre de la persona que registra: .....

## Tipo de incidente:

<input type="checkbox"/> Daños a otras personas	<input type="checkbox"/> Daños a sí mismo	<input type="checkbox"/> Daños a personal
<input type="checkbox"/> Episodios agresivos	<input type="checkbox"/> Contensión física	<input type="checkbox"/> Destrucción de objetos
<input type="checkbox"/> Intento de huida	Funcionarios implicados .....	<input type="checkbox"/> Episodios Peligrosos

## Descripción del incidente:

Áreas de revisión	Datos del Incidente
Nombre de la CONDUCTA OBJETIVO observada (ej: agresión, destrucción de objetos, berrinches, etc.)	
Fecha del incidente	
Hora de inicio	
Hora de finalización	
En qué lugar y cuando ocurrió el incidente	
¿Quién estaba trabajando con la persona en el momento del incidente?	
¿Dónde estaba el personal en el momento que ocurrió el incidente?	
¿Quién estaba cerca de la persona cuando ocurrió el incidente?	
¿Qué otras personas (personal o compañeros) estaban cerca cuando ocurrió el incidente?	
¿Cuál era el ambiente general (nivel de ruido, otros berrinches, actitud del personal) en la situación en que ocurrió el incidente?	
¿Qué estaba haciendo la persona en el momento del incidente? Describe la actividad, tarea, suceso o interacciones que ocurrían en ese momento.	
¿Qué ocurrió inmediatamente antes del incidente? Describe las demandas, cambio en las actividades, interacciones con el personal u otros compañeros, peticiones, iniciación de actividades asignadas..., etc.	
Describe qué hizo la persona durante el incidente (Ej.: golpear con el puño, dar patadas, romper la ventana...).	
Describe la severidad del incidente (Ej.: daños en el ambiente, a otros...)	
Describe a quién o a qué estaba dirigido el incidente (nombre de la persona, objeto...).	
Describe la reacción inmediata a la conducta ¿Cómo reaccionaron el personal y sus compañeros ante esta conducta?	
¿Qué acciones se adoptaron para reducir o redirigir la conducta?	
Describe los métodos de manejo del problema (escucha activa, relajación, reflexión, contención física..., etc.). Si se utilizó la contención física ¿durante cuanto tiempo?	
Describe brevemente tu impresión de por qué la persona realiza los incidentes descritos anteriormente.	

**CENTRO PENITENCIARIO DE SEGOVIA**  
**UNIDAD EDUCATIVA ESPECIAL**

**FICHA 5. Horario general de actividades programadas**

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
8:00 - 8:30	Despertar / aseo personal y de celda				
8:30 - 9:00	Desayuno				
9:00 - 10:00	Afeitado / Limpieza de espacios comunes				
10:00 - 11:00	Escuela Estimulación cognitiva	Escuela Estimulación cognitiva	Escuela Estimulación cognitiva	Escuela Estimulación cognitiva	Escuela Estimulación cognitiva
11:00 - 11:30	Descanso				
11:30 - 13:00	Taller Ocupacional Grupo 2 (Taller de cuero) Educación para la salud Grupo 1	Reunión de Equipo Taller de pintura (ordenanza)	Educación para la salud Grupo 2 Taller Ocupacional Grupo 1 (Costura doméstica)	Informática Grupo 2 Taller Ocupacional Grupo 1 (Taller de cuero)	Taller Ocupacional (Reparación de balones) Psicomotricidad
13:30 - 17:00	Comida y subida a celdas				
17:00 - 18:00	Prevención de violencia / Autocontrol	Lengua de signos	Taller de iniciación a la lectura	Lengua de signos	Cine
18: - 19:00	Habilidades sociales	Polideportivo / Psicomotricidad	Taller de Economía doméstica	Polideportivo / Psicomotricidad	











