



251  
2005

# Revista de Estudios Penitenciarios

Revista de Estudios Penitenciarios

N.º 251 - 2005

## Estudios e Intervenciones:

La maternidad en prisión:  
estado actual de la cuestión

CONCEPCIÓN YAGÜE OLMOS

Aspectos neuropsicológicos y psicosociales de la  
infección por el virus de la inmunodeficiencia humana

LUIS C. MILLANA CUEVAS  
JOSÉ A. PORTELLANO PÉREZ  
ROSARIO MARTÍNEZ ARIAS



MINISTERIO  
DEL INTERIOR



MINISTERIO  
DEL INTERIOR





# Revista de Estudios Penitenciarios

N.º 251

Año 2005



MINISTERIO  
DEL INTERIOR

DIRECCIÓN GENERAL  
DE INSTITUCIONES  
PENITENCIARIAS

# CONSEJO DE REDACCIÓN

## **Presidenta**

*D.<sup>a</sup> Mercedes Gallizo Llamas*

**Directora General de Instituciones Penitenciarias**

## **Vicepresidenta**

*D.<sup>a</sup> Estrella Pardo Pérez*

**Vocal Asesora**

## **Vocales**

*D. Carlos García Valdés*

**Catedrático de Derecho Penal**

*D. Santiago Redondo Illescas*

**Investigador del Programa Ramón y Cajal - Universidad de Barcelona**

*D. Francisco Bueno Arús*

**Consejo General del Poder Judicial**

*D. José Luis de Castro Antonio*

**Juez de Vigilancia Penitenciaria de Madrid**

*D. Emilio Tavera Benito*

**Jurista Criminólogo**

*D. Abel Téllez Aguilera*

**Juez de Vigilancia Penitenciaria de Las Palmas**

*D.<sup>a</sup> María Victoria San José Villacé*

**Secretaría General Técnica del Ministerio del Interior**

*D. Santos Rejas Rodríguez*

**Subdirector General de Personal de Instituciones Penitenciarias**

*D. Virgilio Valero García*

**Subdirector General de Tratamiento y Gestión Penitenciaria**

*D.<sup>a</sup> Gloria Corrochano Hernando*

**Subdirectora Adjunta de la Subdirección General de Tratamiento y Gestión Penitenciaria**

## **Secretaria**

*D.<sup>a</sup> Laura Lledot Leira*

**Jefa del Servicio de Estudios y Documentación**

La responsabilidad por las opiniones emitidas en esta publicación corresponde exclusivamente a los autores de las mismas.

Catálogo general de publicaciones oficiales

<http://publicaciones.administracion.es>

Edita: Ministerio del Interior. Secretaría General Técnica.

NIPO: 126-05-058-7

ISSN: 0210-6035

Depósito legal: M-51361-2005

Imprime: Organismo Autónomo Trabajo Penitenciario y Formación para el Empleo  
Taller de Artes Gráficas del Centro Penitenciario de Madrid III (Valdemoro)

# SUMARIO

Págs.

---

<b>ESTUDIOS E INTERVENCIONES</b> .....	7
La maternidad en la prisión: Estado actual de la cuestión. D. <sup>a</sup> CONCEPCIÓN YAGÜE OLMOS .....	9
Aspectos neuropsicológicos y psicosociales de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. D. LUIS C. MILLANA CUEVAS, D. JOSÉ ANTONIO PORTELLANO PÉREZ y D. <sup>a</sup> ROSARIO MARTÍNEZ ARIAS .....	23
<b>EXPERIENCIAS</b> .....	75
Una aproximación al perfil profesional del trabajador en el Centro Penitenciario de Huelva. D. VICENTE CARDENAL SOTOMAYOR y D. JUSTO ALONSO POMBAR .....	77
El absentismo en las aulas de los Centros Penitenciarios. D. <sup>a</sup> DULCE SÁNCHEZ HERNÁNDEZ .....	91
<b>NORMATIVA PENITENCIARIA</b> .....	113
<b>JURISPRUDENCIA PENITENCIARIA</b> .....	219
<b>NOTICIARIO</b> .....	223

---



# **ESTUDIOS E INTERVENCIONES**





*Concepción Yagüe Olmos*

Directora del Centro Penitenciario  
de Alcalá de Guadaíra

**La maternidad en la prisión:  
Estado actual de la cuestión**

El crecimiento de la población penitenciaria femenina en nuestro país en los últimos 15 años ha sido espectacular. En Diciembre de 1990 se contaba en nuestras prisiones una cifra de 2.179 mujeres encarceladas; al día de hoy se encuentran ingresadas 4.755 (enero 2006). Hay que tener en cuenta, además, que la edad media de estas mujeres se sitúa alrededor de los 30 años, lo que implica que la mayoría de ellas están en el periodo fértil de su vida. Éste es el principal motivo por el que también ha aumentado considerablemente el número de niños que permanecen en prisión con sus madres, a tenor de la normativa legal que permite su entrada hasta los tres años de edad, establecido en el Art. 38.2 de la Ley Orgánica General Penitenciaria.

Asistimos en este momento a una revisión histórica de la permisividad de la permanencia de los hijos de las reclusas dentro de los recintos carcelarios. Se debate su conveniencia desde la perspectiva social, sociológica y, claro está, su trascendencia en el ámbito de la normativa legal. Este artículo pretende aportar algo de luz en el tema, analizando exhaustivamente sus implicaciones prácticas, partiendo fundamentalmente de la experiencia de la autora en la gestión de un centro maternal, el de Alcalá de Guadaíra en Sevilla, a lo largo de estos últimos catorce años. Pero este examen resultaría incompleto sin la revisión del desarrollo que se le ha dado a este tema en nuestra historia penitenciaria reciente y de las tendencias y enfoques que encontramos en las legislaciones europeas más afines, por lo que ampliamos su estudio también a estos aspectos.

Las Normas Penitenciarias Europeas, fuente de gran parte de los sistemas de ejecución de penas de las naciones europeas, abogan por permitir el acompañamiento de los hijos más dependientes al internamiento de la madre si ello redundaría en beneficio del menor. El crecimiento reciente de la población reclusa femenina, y por tanto el aumento de los menores asistidos en el sistema penitenciario, no es exclusivo de nuestro país. Algo similar ha ocurrido en todos los países de nuestro entorno, razón por la que desde mediados de la década de los 90, en todos ellos se han promovido modificaciones legales en varios sentidos:

- La búsqueda de alternativas legales al encarcelamiento de las madres.
- Una drástica disminución del límite legal de la edad de permanencia.
- Creación y regulación de Unidades Maternales para permitir que la estancia de los hijos de las internas, se realice en condiciones tales que puedan evitarse o, al menos, se minimicen las posibles carencias estimulares inherentes a la prisión.

En nuestro país, este interés comenzó a demostrarse unos años antes, a través de determinados hitos históricos:

**1990-1993.** Creación de las primeras Unidades de Madres y Unidades Dependientes, primero como fórmulas improvisadas para, posteriormente, con la experiencia adquirida por aquellos que iniciamos este recorrido con mucho más entusiasmo que medios, impulsar la difusión de sus logros y programas de actuación. (Unidad Dependiente de Valencia, Unidad de Madres de Madrid (1991), de Alcalá de Guadaíra (1992) y Valencia (1993).

**1993.** Desde los responsables de este C.P. de Alcalá de Guadaíra se promueve la creación de una comisión de estudio mixta (técnicos de la D.G.I.P., y de los tres centros con Unidades maternales), bajo el impulso de la entonces Directora General

Mercedes Jabardo, siendo que entre sus ambiciosas propuestas estaban la modificación de la normativa legal vigente respecto al límite de edad de permanencia de los menores, y la unificación de los criterios de actuación en los departamentos de madres, escuelas infantiles y unidades dependientes.

**1995.** Aprobación por unanimidad de la Ley Orgánica 13/95, del 13 de diciembre que reduce la estancia máxima de los menores de los seis a los tres años de edad.

**1996.** Aprobación del Real Decreto 190/1996 de 9 de febrero del Reglamento Penitenciario, que recoge finalmente con rango legal adecuado las líneas generales de trabajo ya existentes quedando formalizada la normativa respecto a:

- Las formas especiales de ejecución, que consisten en adecuar determinados aspectos de la normativa penitenciaria a algunos perfiles específicos de población, para poder contemplar y satisfacer las necesidades especiales que estos grupos precisan. Así se contempla entre otras formas especiales las que se refieren a los centros o departamentos de jóvenes, de inserción social, unidades psiquiátricas, etc. Entre ellas, la maternidad está especialmente contemplada en:

- o **Las Unidades de Madres.** Definidas en el Art. 17.5 del R.P. 5.: *“La Administración Penitenciaria dispondrá para los menores y sus madres de Unidades de Madres, que contarán con local habilitado para guardería infantil y estarán separadas arquitectónicamente del resto de los departamentos, a fin de facilitar las especificidades regimentales, médico-sanitarias y de salidas que la presencia de los menores en el Centro hiciesen necesarias.”*

- o **Unidades Dependientes,** que si bien no están exclusivamente concebidas para las madres y sus hijos, la mayoría de las existentes tienen esta finalidad. Las define el Art. 80.4 del R.P. *“...consisten en instalaciones residenciales situadas fuera de los recintos penitenciarios e incorporadas funcionalmente a la administración penitenciaria, mediante la colaboración de entidades públicas o privadas prevista en el artículo 62 de este reglamento, para facilitar el logro de objetivos específicos de tratamiento penitenciario de internos clasificados en tercer grado.”* El objeto de su creación en el caso de las Unidades Dependientes Maternales es el pleno desenvolvimiento del menor en todas sus facetas sociales favorecido por el grado de semilibertad que disfruta la madre.

- o **Módulos Mixtos,** regulados en el Art. 168 del R.P., *“Con carácter excepcional, el Centro Directivo podrá, para ejecutar programas específicos de tratamiento, o para evitar la desestructuración familiar, establecer para grupos determinados de población penitenciaria, Centros o Departamentos Mixtos donde indistintamente puedan ir destinados hombres y mujeres.”* Actualmente existe en el Centro Penitenciario de Aranjuez un módulo para parejas donde ambos miembros cumplen condena y, a su vez, comparten internamiento con sus hijos menores de tres años.

- Regulación de los procedimientos administrativos respecto a cuestiones fundamentales, en las que hasta entonces reinaba la arbitrariedad o la incertidumbre, tales como:

- o Establecer la obligatoriedad de una dotación de medios económicos suficientes para atender las necesidades alimenticias, sanitarias, higiénicas, etc. de los

menores, evitando depender, como venía ocurriendo, de aportaciones externas y del voluntariado.

o La clarificación de los criterios de admisión, designando la persona u órgano competente para autorizar la entrada del menor (el Director o el Consejo de Dirección, según los casos) y exigir la comprobación de la filiación de los menores, mediante la acreditación y presentación de documentación pertinente.

- Impulso a las escuelas infantiles internas y externas.
- Cobertura legal para la creación de módulos familiares.
- Impulso de la cooperación institucional de entidades públicas y sociales comprometidas con la infancia.
- Inclusión de los medios telemáticos (Art. 86.4 R.P.) como sistema paliativo del cumplimiento de la sanción penal aplicable, entre otros colectivos, de forma prioritaria a internas embarazadas y madres.

Hoy en día en nuestro país se encuentran aproximadamente 200 niños (196 en junio de 2005) compartiendo internamiento con sus madres en una amplia red de estructuras, repartida por la geografía española, compuesta por 10 Unidades de Madres, y 7 Unidades Dependientes específicas para este uso (una Unidad de Madres, y otra Unidad Dependiente, se encuentran ubicadas en la Comunidad Autónoma de Cataluña, única que tiene transferidas las competencias en materia de ejecución penitenciaria).

La maternidad dentro de la prisión es uno de los temas que mayor debate genera entre los diferentes responsables de las políticas sociales y penitenciarias. Es fácil constatar el enorme avance conseguido en estos últimos 15 años en instalaciones, calidad de vida, y una compleja organización para el desenvolvimiento normalizado de los niños que acompañan a sus madres en su internamiento. Los estudios médicos y psicológicos realizados sobre los efectos de la estancia de los niños en prisión no han sido muy frecuentes y adolecen de un seguimiento longitudinal de los casos estudiados, pero la mayoría de ellos coinciden en sus conclusiones en que el desarrollo futuro de su personalidad y aptitudes no se verá comprometido, siempre y cuando el régimen de permanencia de estos niños sea suficientemente rico en estímulos.

Nuestra experiencia, avalada también por los profesionales de las guarderías externas, o aquellas de derivación tras el cumplimiento de la edad reglamentaria, confirma esta opinión. Más bien al contrario, pues se está demostrando que la convivencia grupal de los módulos y la temprana escolarización desde los primeros meses de vida, favorecen significativamente la sociabilidad y los recursos escolares de estos menores.

Sin embargo, el mero hecho de contar con recursos suficientes y valiosos para atender estas necesidades, no ha de hacernos complacientes con una realidad que, afectando a una parte tan sensible de la sociedad, necesitaría ser continuamente revisada, en la búsqueda de mejoras y soluciones.

La principal línea de preocupación no es sólo la saturación actual de las Unidades de Madres, sino la certeza de no haber agotado todas posibilidades legales para reducir la permanencia de los menores en los recintos carcelarios exclusivamente a aquellos casos en que no hubiera otra alternativa razonable por haberse descartado cual-

quier otra vía legal, o por la búsqueda de otras posibles soluciones administrativas a nuestro alcance.

Tras un elemental análisis de la situación actual, son dos las principales dificultades que queremos reseñar:

- 1) El alto número de niños ingresados en prisión, en relación por ejemplo con otros países cercanos, debido a:
  - A- La ausencia de filtros eficaces en la entrada de los menores en prisión:
    - En el plano judicial, buscando medidas alternativas a la prisión, mediante la suspensión/aplazamiento de la condena o la sustitución de la pena de prisión en caso de mujeres embarazadas o con hijos menores a su cargo.
    - En el plano administrativo, evitando el ingreso de los menores cuyas condiciones en el exterior no sean desfavorables, aún contrariando el deseo de la madre.
  - B- La escasez de Unidades Dependientes, e infrautilización de las actuales.
  - C- Pobre utilización de las medidas legales ya existentes:
    - i. Tercer grado pleno para cuidado del menor.
    - ii. Medidas de control telemático.
    - iii. Dormir en domicilio e ingresar durante el día.
    - iv. Adelantamiento de libertad condicional e indulto particular.
- 2) El deterioro paulatino del perfil de interna madre, con problemáticas cada vez más pronunciadas de marginalidad, drogodependencia, multirreincidencia y correspondientemente, aumento de las cuantías de las condenas, lo que dificulta la búsqueda de soluciones extrapenitenciarias.

Analizaremos todos estos aspectos para obtener, a través de ellos, una visión global de nuestra realidad penitenciaria, y las propuestas de mejora pertinentes.

## **A.- AUSENCIA DE FILTROS EFICACES EN LA ENTRADA DE LOS MENORES**

Son muchas y de muy diversa índole las problemáticas que dificultan las decisiones de entrada de los menores en el sistema penitenciario. Mencionamos algunas desde los diferentes ámbitos sociales implicados.

### **En el ámbito judicial**

Hay un principio general muy arraigado en nuestro Ordenamiento Jurídico que es el cumplimiento sin dilación de las sentencias, recogido expresamente en el Art. 990 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal: *“Corresponde al Juez o Tribunal a quien el presente Código impone el deber de hacer ejecutar la sentencia, adoptar sin dilación las medidas necesarias para que el condenado ingrese en el establecimiento penal destinado al efecto, a cuyo fin requerirá el auxilio de las Autoridades administrativas, que deberán pres-*

*társelo sin excusa ni pretexto alguno*". No se contempla expresamente la posibilidad, como sí ocurre en otros ordenamientos del derecho comparado europeo, de aplazar la ejecución de una condena a prisión por tratarse de mujer embarazada o madre de lactante. Sin embargo, en contadas ocasiones hemos encontrado la aplicación de este mecanismo por razones humanitarias, ya sea por enfermedad, por encontrarse en muy avanzado estado de gestación o por alternar el cumplimiento de la condena cuando ambos cónyuges compartan causa penal y no tengan a quien dejar el cuidado de los hijos menores.

A pesar de esta posibilidad, como norma general no se aprecia ningún esfuerzo por parte de los jueces o tribunales para examinar alternativas al encarcelamiento de madres con hijos menores a su cargo. Al contrario, en muchos casos "alientan" esta entrada inmediata. (Está muy arraigado el concepto de que el niño con quien debe estar es con su madre, y además "allí el niño estará muy bien atendido").

### **En relación a los servicios sociales comunitarios**

Los recursos sociales escasos (con notables diferencias según la comunidad autónoma de que se trate), y las políticas actuales de los servicios de menores, que preconizan fundamentalmente la permanencia del menor dentro de su ámbito familiar (por muy precario o marginal que éste sea), hace que carezca de sentido la separación del menor y la ruptura del vínculo con la madre, si ésta va a ser finalmente la responsable del niño. Al contrario, el espacio y el tiempo que han de compartir internamiento se configura como un instrumento útil para el aprendizaje de aptitudes maternas, para la consolidación del vínculo afectivo, y el contacto con los recursos sociales externos que habrán de facilitar la supervivencia en el momento de su excarcelación. A su vez, sin que este deba ser su objetivo, el centro penitenciario se convierte en un recurso social muy valioso para estos servicios sociales comunitarios, puesto que garantizan una calidad de vida de estos menores en situación de riesgo, precisamente en los momentos cruciales de su existencia.

Es fácil constatar que las condiciones en que ha de desenvolverse el menor en la prisión, superan en gran medida a las del entorno de procedencia. El natural deseo de la madre de no separarse de su hijo, junto a la experiencia previa de la mujer o la información de personas cercanas sobre las condiciones y la dotación de los módulos de madres, permite que la mujer no sólo no encuentre reparos en tomar esta decisión, sino que incluso la considere beneficiosa para el menor.

Otras veces, las mujeres fuerzan la entrada con los hijos menores (son muy frecuentes los ingresos voluntarios con un hijo a su cargo), esperando obtener un trato benevolente de las estructuras penales y penitenciarias.

Han sido infructuosos los intentos de implicar a los servicios competentes de menores para examinar y emitir informe previo sobre la conveniencia de entrada del menor, o la posibilidad de aplicación de otras alternativas familiares y sociales. La decisión sobre la entrada recae finalmente en los propios centros, encontrándonos con serias dificultades para obtener informaciones reales del entorno externo del niño. Por ello, acabará imponiéndose la solicitud de la madre ante la imposibilidad de contrastar los argumentos esgrimidos sobre la necesidad de su entrada, ante la complicidad o las presiones ejercidas sobre la familia extensa.

Frecuentemente casos de menores con expedientes de seguimiento por los servicios de menores por posible abandono, "se resuelven" con la entrada del menor en el C.P., pues se entiende que hay una estructura administrativa que responde de su integridad y

velará por el bienestar del menor. (¡Un niño en prisión, es un expediente cerrado!, al menos provisionalmente, y fuera de las estadísticas). Un ejemplo reiterado lo tenemos en los niños nacidos con síndrome de abstinencia (como consecuencia de la drogodependencia activa de la madre, o su inclusión en programas de mantenimiento de metadona). En caso de encontrarse la madre en libertad, es muy probable que se produzca la inmediata retirada del menor desde el momento mismo del nacimiento en el hospital. Sin embargo, si la madre está presa, lo habitual es inhibirse hasta que reingresa con el bebé en la prisión, haciéndonos responsables del seguimiento del caso, mediante la petición rutinaria de informes.

### **En la esfera penitenciaria**

Es importante poder garantizar una convivencia adecuada en los módulos destinados a madres, para preservar a sus hijos de situaciones y aptitudes que comprometan su adecuado desarrollo. De forma especial, aquellas que se refieren al consumo de drogas y la deficiente o irregular conducta penitenciaria.

Permisividad de conductas adictivas: no existen mecanismos legales para hacer los módulos de madres libres de drogas. De hecho, un alto porcentaje de las mujeres que conviven en estos módulos están sometidas a un programa de mantenimiento con metadona. El consumo esporádico de sustancias prohibidas se ve favorecido con el régimen especial de visitas de que disfrutan, pues por el hecho de participar los menores, se realizan con mayor frecuencia y sin barreras arquitectónicas. En el Reino Unido, la legislación contempla la obligatoriedad de someterse a análisis de sangre, (con resultados negativos) para obtener y/o conservar plaza en la Unidad Maternal. Nuestra normativa no permite obligar a las mujeres a someterse a pruebas analíticas, y recurrir a la simple sospecha de consumo habitual para solicitar la salida del menor, puede, estar abocada al fracaso en caso de queja ante el Juzgado de Vigilancia Penitenciaria.

Es difícil y traumático (no sólo para la interna afectada, sino para el clima social del módulo de madres) acordar la solicitud de retirada de un menor de un Centro Penitenciario por malos tratos o desamparo, o por que la conducta de la mujer la hace acreedora de un primer grado. Muchas veces se promueven cambios de centro, y múltiples soluciones de conveniencia, previas a tomar esta medida, comprometiendo seriamente la convivencia del resto del módulo. (También en la normativa inglesa la mala conducta impide la obtención de plaza o la pérdida inmediata de la misma en estos módulos).

En caso de informe desfavorable del centro a la entrada de un menor (por drogodependencia, o mala conducta, con probabilidad de riesgo para el menor), y ante la queja al Juzgado de Vigilancia, se ha dado el caso de una estimación de la petición de la interna, y la orden de entrada del menor, hasta que existan “pruebas evidentes” de malos tratos o abandono, cuando ya el daño, sin ser irreparable, ya está hecho.

## **B.- ESCASEZ E INFRAUTILIZACIÓN DE LAS UNIDADES DEPENDIENTES**

Define el propio reglamento las Unidades Dependientes como una especificidad del régimen abierto, en su Art. 80.4. Se trata de viviendas alejadas de los recintos carcelarios, anónimas y un lugar idóneo para un desarrollo plenamente normalizado de



los internos allí destinados. Tratándose de madres, éste recurso parece el más idóneo, para que la vida de los menores no padezca ninguna de las condiciones negativas del internamiento de la madre.

No nos sorprende que a lo largo de estos años, el desarrollo de esta nueva forma de ejecución concite un apoyo tan unánime tanto de los propios responsables penitenciarios, como de los diferentes observadores ajenos a las mismas y los diferentes ámbitos políticos y privados.

En el informe anual del año 2000 de la Oficina del Defensor del Pueblo nacional se destaca “el reducido porcentaje de menores de tres años que se encuentran en Unidades Dependientes, pisos integrados en las ciudades. Resulta significativo que no se haya superado el porcentaje del 15% en el número de menores de tres años que permanecían con sus madres en Unidades Dependientes, es decir, que el 85% de los niños se encontraban en el interior de las prisiones. Por este motivo se interesó de la Administración un renovado esfuerzo a fin de incrementar el número de menores alojados en Unidades Dependientes. Por otra parte, se ha constatado que es muy reducido el número de Unidades Dependientes existentes en el territorio nacional.”. En igual sentido se debatía en las XVI Jornadas de Coordinación de Defensores del Pueblo nacional y autonómicos en noviembre del 2001, pues en la mayoría de las ponencias se critica la muy escasa utilización de este recurso de ejecución de penas, y la pobre cantidad de plazas y la dispersión geográfica de las mismas.

Es un recurso, por otro lado muy valorado y en el que nos encontramos plenamente comprometidos tanto los responsables de los centros, como las diferentes organizaciones, fundamentalmente ONGs, corresponsables con nosotros de la organización, el mantenimiento, los programas educativos y la financiación.

Entonces, ¿cuáles son las razones para esta infrautilización?, ¿por qué en los últimos dos años este sistema parece haber entrado en crisis?

Dos son las explicaciones más evidentes:

*1- La generalización de la aplicación de otras medidas paliativas de la prisión, que suponen un mayor grado de libertad, y precisan un menor compromiso.*

Fundamentalmente la concesión del tercer grado pleno para cuidado de hijos, que supone que la interna es destinada al Centro más cercano de su residencia, pudiendo salir diariamente, con el único compromiso legal de pernoctar en la prisión de lunes a jueves. Disfruta, además, de fines de semana, y de una semana de permiso al mes.

Abundando aún más, la aplicación de medios telemáticos, permite incluso evitar dormir en la prisión, luego, la autonomía es mucho mayor para atender a sus necesidades sociales, laborales y familiares. Máxime, cuando supone su estancia en su lugar de procedencia, y en su propio domicilio.

Es evidente que el principal deseo de cualquier persona sometida a encarcelamiento, es la búsqueda de la vía más favorable para lograr su libertad, y reincorporarse a su círculo familiar.

Las Unidades Dependientes, muy dispersas geográficamente, están planteadas como un exigente proceso educativo, donde comparten la posibilidad de ocupar un puesto de trabajo externo, con la obligatoriedad de participar en actividades formati-

vas, y programas de madres, en la búsqueda de una mejora de sus capacidades, y la convivencia con el grupo. Las salidas, son diarias, en horario de paseo, pero mucho más reducidas que en los casos anteriores. De otra forma, sin estos contenidos educativos, no serían otra cosa que pensiones de lujo.

La mayoría de las internas madres, tienen a su vez otras cargas familiares, cuidado de mayores, otros hijos, la responsabilidad del mantenimiento de la vivienda. Sobre ellas recae el peso de la estructuración familiar. Es difícil para otros miembros de la familia (sobre todo la pareja) entender que la mujer disfrute de un régimen abierto, pero no poder contar con ella en su lugar de residencia. Esto da pie a continuas presiones, que han llevado incluso a provocar algún quebrantamiento.

La aplicación cada día más generosa de las mencionadas medidas, está dinamitando *la deseabilidad* de este recurso, de tal forma que la totalidad de las internas destinadas en ellas en este último año, a pesar de haber sido informadas y haber firmado el compromiso para la Unidad, (razón predominante para su clasificación en tercer grado), una vez obtenido, y en un corto espacio de tiempo solicitan e inician un proceso de recursos administrativos y judiciales para ser clasificadas en las otras medidas “más favorables” y flexibles.

*2- El deterioro paulatino del perfil delincencial de las internas que ingresan en prisión, lo que va en detrimento del grado de confianza y autonomía, necesarios para desenvolverse en el régimen de semilibertad que requiere esta forma de ejecución.*

Por su propia definición, las Unidades Dependientes de Madres, son residencias anónimas, y desprovistas de elementos de seguridad carcelarios. Tampoco cuentan con custodia policial, y la responsabilidad inmediata recae únicamente en una funcionaria/educadora dependiente del Establecimiento Penitenciario de referencia.

Esto, junto al régimen de frecuentes salidas y paseos, exige que las personas en ellas destinadas posean un alto grado de responsabilidad y autonomía, para desenvolverse con garantías en este régimen de semilibertad.

Como hemos comentado, la realidad penitenciaria nos sitúa ante un perfil de mujer reclusa cada vez más delincencial: multirreincidentes, drogodependientes activas, con acuciantes problemas sanitarios derivados del consumo de sustancias tóxicas, e incluso problemas psiquiátricos derivados también de un consumo continuado. Difícilmente podrían adaptarse a la vida de una Unidad Dependiente, dónde seguro provocarían problemas de convivencia y seguridad: agresiones, robos, tráfico de drogas, problemas con familiares y conocidos que acudan a la unidad, etc. Situaciones a las que no pueden hacer frente exclusivamente el voluntariado, o el escaso personal funcionario, por lo que podría peligrar incluso la integridad de las propias residentes y sus hijos.

Otros perfiles penales y penitenciarios, por el alto riesgo de quebrantamiento o comisión de nuevos delitos, nunca podrán ser derivados a las mismas: mujeres preventivas; ingresadas por delitos de terrorismo o pertenencia a bandas armadas o narcotraficantes; extranjeras con altas condenas en las primeras fases de cumplimiento; internas con antecedentes de quebrantamientos o ruptura de medidas cautelares; multirreincidentes con escalada en la actividad delictiva, etc. Es decir, todos aquellos casos donde exista peligro potencial de quebrantamiento o de comisión de nuevos delitos.

Seguramente, se precisará un nuevo replanteamiento de este modelo, para que pueda recobrar su vigencia, a tenor de los grandes beneficios que está proporcionando su funcionamiento, considerando nuevas ubicaciones, una ampliación de dotaciones (sanitarias, control de alimentación), protocolos de coordinación con los centros, mecanismos de apoyo y seguridad externos, etc., para que puedan adquirir su máximo potencial educativo. Y sobre todo, reconsiderarse el perfil de usuarias, ampliando la oferta a internas en segundo grado según el principio de flexibilidad del Art. 100.2 del Reglamento Penitenciario.

## **C.- MEDIDAS LEGALES EXISTENTES, QUE FAVORECEN LA SALIDA DE LAS MADRES Y LOS MENORES**

Aunque menos frecuente, también llegan a prisión mujeres con el perfil contrario, es decir, primarias, delincuentes ocasionales, internas con escasa cuantía de condena, o con apoyo familiar, etc., cuyas condiciones de readaptación social se prevén muy favorables. Como hemos dicho, nuestra propia normativa vigente posee vías de reincorporación para paliar el efecto de la prisión, y acortar el periodo de cumplimiento de la condena. En mujeres embarazadas o madres con hijos a su cargo, esta aplicación afortunadamente cada día es más habitual.

**I - Tercer grado pleno para cuidado del menor.** El Art. 82.2 del R.P. describe como objeto de discriminación positiva de la mujer la posibilidad de obtener esta clasificación *“en el caso de mujeres penadas clasificadas en tercer grado, cuando se acredite que existe imposibilidad de desempeñar un trabajo remunerado en el exterior, pero conste, previo informe de los servicios sociales correspondientes, que va a desempeñar efectivamente las labores de trabajo doméstico en su domicilio familiar, se considerarán estas labores como trabajo en el exterior.”*; y por tanto, el cuidado de los hijos menores quedaría plenamente englobado en esta actividad.

**II - Medidas de control telemático.** *“En general, el tiempo mínimo de permanencia en el Centro será de ocho horas diarias, debiendo pernoctarse en el Establecimiento, salvo cuando, de modo voluntario, el interno acepte el control de su presencia fuera del Centro mediante dispositivos telemáticos adecuados proporcionados por la Administración Penitenciaria u otros mecanismos de control suficiente, en cuyo caso sólo tendrán que permanecer en el Establecimiento durante el tiempo fijado en su programa de tratamiento para la realización de actividades de tratamiento, entrevistas y controles presenciales.”*. Como ya hemos comentado, y dada la naturaleza de esta medida, su aplicación en los últimos meses de embarazo, y los inmediatamente posteriores al alumbramiento se ha generalizado como medida humanitaria. Permite que la mujer permanezca en el propio domicilio, en el periodo más delicado, al estar plenamente implicada en su propia atención sanitaria, y los cuidados del recién nacido.

**III - Dormir en domicilio e ingresar durante el día.** Otra de discriminación positiva hacia la mujer por su condición de madre la tenemos en el Art. 179 del R.P. que establece un horario flexible: *“Con relación a las internas con hijos menores clasificadas en tercer grado, la Junta de Tratamiento podrá aprobar un horario adecuado a sus necesidades familiares con el fin de fomentar el contacto con sus hijos en el ambiente familiar, pudiendo pernoctar en el domicilio e ingresar en el Establecimiento durante las horas diurnas que se determinen.”* Sin embargo, la prác-

tica nos dicta que no es una medida solicitada, debido, en parte, a la lejanía de los Centros de los núcleos de residencia, y por preferir, en iguales circunstancias cualesquiera otras de las medidas mencionadas.

**IV - Adelantamiento de libertad condicional y el indulto particular.** El Art. 202 del R.P. enumera los posibles beneficios penitenciarios que permiten el acortamiento de la duración de las condenas definiendo ambas figuras. Son medidas de aplicación general a cualquier interno, con independencia de su situación personal y social, pero que bien pueden fundamentarse, y aplicarse generosamente en el caso de la maternidad.

Art. 205: “*Las Juntas de Tratamiento de los Centros Penitenciarios, previa emisión de un pronóstico individualizado y favorable de reinserción social, podrán proponer al Juez de Vigilancia competente el adelantamiento de la libertad condicional para los penados clasificados en tercer grado, siempre que hayan extinguido las dos terceras partes de su condena o condenas y que sean merecedores de dicho beneficio por observar buena conducta y haber desarrollado continuamente actividades laborales, culturales u ocupacionales, conforme a lo establecido en el Código Penal.*”

Art. 206: “*La Junta de Tratamiento, previa propuesta del Equipo Técnico, podrá solicitar del Juez de Vigilancia Penitenciaria la tramitación de un indulto particular, en la cuantía que aconsejen las circunstancias, para los penados en los que concurran, de modo continuado durante un tiempo mínimo de dos años y en un grado que se pueda calificar de extraordinario, todas y cada una de las siguientes circunstancias...*”.

## **D.- ESTUDIO DE ALTERNATIVAS LEGALES YA EXISTENTES EN OTRAS LEGISLACIONES**

Ya en el terreno de lo deseable, puesto que supera nuestro ámbito competencial, pues se precisarían modificaciones legales de cierto calado, podríamos proponer el estudio de otras alternativas legales, que evitaran o paliaran el encarcelamiento de las mujeres (y a veces los hombres), con cargas familiares de hijos de corta edad a su cargo. Mencionamos algunas de ellas que ya se recogen en otros ordenamientos europeos:

***Suspensión obligatoria de la condena***, para mujeres embarazadas, o con hijos menores de un año de edad (Ley del 8 de marzo de 2001 n.º 40, Art. 1, que modifica el art. 146 del Código Penal Italiano).

Similar medida incluye la legislación en Grecia con la *posibilidad de la suspensión de la pena de prisión* a la mujer embarazada desde el séptimo mes si el embarazo no se interrumpe y si el séptimo mes de embarazo corresponde al periodo de ejecución de la pena. Esta suspensión acaba cuando el hijo alcanza la edad de tres meses.

***Detención domiciliaria*** para condenas no superiores a 4 años, o que reste de cumplimiento menos de 4 años, para mujeres embarazadas o con hijos a su cargo menores de 10 años. (Ley n.º 354/75 Art. 47- ter Italia). También aplicable a los padres en determinados supuestos.

En Colombia, la Ley 750/2002 de 19 de julio acuerda la *prisión domiciliaria y trabajo comunitario a la mujer cabeza de familia*. La ejecución de la pena

privativa de la libertad se cumplirá, cuando la infractora sea **mujer** cabeza de familia, en el lugar de su residencia o en su defecto en el lugar señalado; cuando no se cuente con antecedentes, no se ponga en peligro la integridad de otras personas, la condena no sea impuesta por delito grave y siempre que se cumplan unas ciertas obligaciones, como facilitar su vigilancia y garantizar una buena conducta.

**Adelantamiento de la libertad condicional** por tener hijos menores a su cargo: El Art. 729-3 del Código de Procedimiento Penal francés (modificación introducida en el año 2000): *“para todos los condenados a una pena privativa de libertad inferior o igual a cuatro años, a aquellos condenados que ejercen la autoridad parental sobre un menor de menos de diez años que resida habitualmente con él”*.

Existen otras posibilidades o **soluciones de índole social**: En Portugal, donde la mayoría de las mujeres presas están concentradas en dos o tres centros, y ante las dificultades que se les estaba planteando para la salida de los niños ingresados (lo que en la práctica suponía su permanencia hasta los cinco años de edad, cuando el límite legal es de tres), se han creado casas de acogida infantil, dependientes de asociaciones de voluntariado, para acoger a los hijos de reclusas que no cuentan con lazos familiares, permitiendo el mantenimiento del vínculo madre-hijo por medio de unos regímenes de visitas muy frecuentes entre estas “casas de crianza”, y las “casas de madres” en el interior de la prisión.

En este sentido, en nuestro propio país, y tomando como ejemplo una práctica habitual en Francia, se instauraron legalmente **las visitas de convivencia** por medio de la Ley Orgánica 13/95 Tres: *“Reglamentariamente se establecerá un régimen específico de visitas para los menores que no superen los diez años y no convivan con la madre en el centro penitenciario. Estas visitas se realizarán sin restricciones de ningún tipo en cuanto a frecuencia e intimidad y su duración y horario se ajustará a la organización regimental de los establecimientos.”* Esta medida tenía una orientación muy clara: persuadir a las mujeres con uno o más hijos menores de su ingreso en la prisión a cambio de un generoso régimen de visitas, que de algún modo compensara cualitativamente su ausencia de hogar y le permitiera mantener su vinculación afectiva. Se trataba de plantear una especie de “punto de encuentro familiar”, en recintos de seguridad, pero disimulando en su construcción, estética y equipamiento cualquier referencia carcelaria.

En la redacción definitiva de este texto, y más concretamente en su desarrollo reglamentario (R.D. 190/96) este espíritu quedó totalmente desvirtuado, generalizando su aplicación a cualquier recluso, hombre o mujer, con lo que su posibilidad de aplicación de forma generalizada, y usada como una ampliación más de las visitas familiares, ha colapsado cualquier intento de hacer de ella una medida específica que reforzara la consideración de las internas madres para que sus hijos permanecieran con la familia extensa.

Recuperar la vigencia y el sentido inicial de las comunicaciones de convivencia, sería una medida poco costosa a nuestro alcance, a la vez que beneficiaría que la mujer pudiera permanecer en el centro más próximo a su residencia, en vez de tener que desplazarse a otro centro y provincia con Unidad de Madres, o Unidad Dependiente.

## **E.- PROPUESTAS DE CAMBIOS NORMATIVOS**

Se acusa la falta de un criterio unánime en los diferentes estamentos sociales sobre la inconveniencia de la presencia de menores en las prisiones. Al contrario, por razones prácticas y en base a los aceptables resultados de los actuales módulos maternos, existe una opinión acomodaticia respecto al estado actual de este tema. Es difícil por ello presumir la posibilidad de impulsar modificaciones legales de amplio calado a nivel de Ley Orgánica: Art. 990 de la LECRIM, (planteando excepciones al inmediato cumplimiento de la pena); o del propio Código Penal, aumentando la cuantía de las penas de prisión susceptibles de sustitución por otras alternativas como trabajos en beneficio de la comunidad o la localización permanente.

Entendemos conveniente, entonces, propiciar una campaña previa de concienciación a los estamentos judiciales y al Ministerio Fiscal, para apoyar cualquier medida alternativa al encarcelamiento de una mujer embarazada, o con un hijo menor de tres años de edad. Todo ello, salvando aquellos casos en que por la entidad delictiva, la alarma social o el inminente riesgo de fuga aconsejen garantizar firmemente su custodia. Estas medidas serían de aplicación a los hombres que en similar situación demostrasen el tener asumido en soledad la tutela del menor de esta edad.

### **Mujeres en situación preventiva:**

- Acordar la libertad provisional a mujeres embarazadas de más de 7 meses, hasta el cumplimiento de los 6 meses de edad del menor.

### **Mujeres sentenciadas a pena de prisión:**

- Aumento de la cuantía de las condenas de prisión susceptibles de suspensión condicional (actualmente 2 años, Art. 80.1 C.P.), y de la pena de Localización Permanente (Art. 37 C.P.) para embarazadas y madres.

- Posibilidad de aplazamiento de la ejecución de la sentencia hasta el cumplimiento de los tres años de edad.

### **Mujeres condenadas, una vez iniciado el cumplimiento:**

- Adelantamiento de la libertad condicional, si se cumplieran los criterios para una clasificación en el tercer grado de tratamiento (salvo el haber cumplido los 2/3).

## **CONCLUSIONES**

Al hilo de la exposición anterior, podemos trazar un esbozo de la naturaleza actual de la cuestión maternal en prisión y extraer con ello las siguientes conclusiones:

Asistimos en los últimos 15 años a un fuerte aumento de la población penitenciaria femenina y, como consecuencia, a la entrada de niños menores, hijos de las reclusas en un sistema, el carcelario, a priori inadecuado para atender sus necesidades. Ello ha supuesto el desbordamiento de las estructuras existentes, y una corriente de opinión a favor de la búsqueda de soluciones y caminos extrapenitenciarios.

Se constata como dato positivo los significativos esfuerzos llevados a cabo a lo largo de estos últimos años para, en un primer lugar, adecuar los espacios para su permanencia, y de forma secundaria, en la búsqueda de alternativas viables para evitar que su estancia en prisión se alargue más de lo estrictamente necesario. Son medidas paliativas, tales como la vida en Unidades Dependientes en régimen de semilibertad, el tercer grado pleno, y las medidas de control telemático.

Mencionamos la presencia en las diferentes legislaciones europeas de sistemas de ejecución penal para las internas con hijos menores muy similares a las Unidades de Madres vigentes en nuestro país, donde no son infrecuentes los rigurosos filtros de entrada y una acotación de las plazas ofertadas. Pero también es alentador descubrir una cierta gama de medidas alternativas a su ingreso en prisión, como la suspensión de condena o el arresto domiciliario.

Siguiendo este ejemplo, valoramos la necesidad de profundizar en una más generosa aplicación de las medidas existentes en nuestro país que permiten acortar la estancia en prisión cuando el perfil de la madre lo permite, y de acometer sin miedo una serie de modificaciones legales que permitan reducir drásticamente el número de niños implicados en el sistema penitenciario. De este modo, su permanencia se limitaría tan solo a aquellos casos en que el riesgo de quebrantamiento de la medida legal o el alto perfil delictivo de la mujer, aconsejaran su sometimiento a las restricciones inherentes al internamiento, de las que, por ende, participarían el menor que la acompaña. Finalmente, y de forma consecuente en la misma línea en que actualmente se viene trabajando, se habrá de potenciar un régimen de vida para sus hijos donde las frecuentes salidas y el contacto familiar y social no encuentren cortapisas.

***Luis C. Millana Cuevas***

Colaborador del Departamento de Psicobiología. Facultad de Psicología.  
Universidad Complutense de Madrid. 28223 Madrid, España.

***José Antonio Portellano Pérez***

Departamento de Psicobiología. Facultad de Psicología.  
Universidad Complutense de Madrid. 28223 Madrid, España.

***Rosario Martínez Arias***

Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento.  
Universidad Complutense de Madrid. 28223 Madrid, España.

## **Aspectos neuropsicológicos y psicosociales de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana**



## **RESUMEN**

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia humana (sida) representan un problema importante en las prisiones españolas. Con respecto al sida, entre 1991 y 2003 se registraron en las prisiones un total de 4.425 casos, alcanzándose la máxima incidencia en 1994 con 763 casos. A partir de 1995, la incidencia ha ido disminuyendo constantemente. Así, en 1995, se registraron 682 casos y en 2003 sólo 86. Gracias a la introducción de la terapia anti-retrovírica de gran actividad, la infección por el VIH ya no representa una condena a muerte ya que muchos pacientes tratados no progresan a sida o lo hacen muy lentamente. Como consecuencia, la infección por el VIH en los países occidentales se está convirtiendo en una enfermedad crónica. Esto plantea nuevos problemas y retos así como la necesidad de tratar a las personas afectadas de una manera holística e integral mediante estrategias biopsicosociales y multidisciplinarias que incluyen a médicos, psicólogos, asistentes sociales, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales. Todo ello destinado a mejorar la calidad de vida de los afectados.

En este artículo revisamos brevemente los aspectos neuropsicológicos y psicosociales de la infección por el VIH y el sida. Estos aspectos son de gran importancia para el curso de la enfermedad y la calidad de vida de las personas seropositivas.

**PALABRAS CLAVE:** VIH, sida, déficits cognitivos, déficits motores, demencia, aspectos psicosociales, aspectos neuropsicológicos, psicoterapia.

## **ABSTRACT**

Human immunodeficiency virus (HIV) and acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) is a worrying problem in Spanish prisons. As far as AIDS is concerned, between 1991 and 2003, a total of 4,425 cases of AIDS were recorded in Spanish prisons, reaching the highest incidence in 1994 with 463 cases. From 1995 on, the incidence has been steadily decreasing. Thus, in 1995 a total of 682 cases were registered, which sharply contrasts with only 86 cases in 2003. Owing to the advent of highly active antiretroviral therapy, HIV infection is becoming a chronic condition in western countries because many HIV-positive patients either do not progress into AIDS any longer or they progress very slowly. This is a source of new problems and challenges.

As a consequence, treatment for HIV-positive patients should be holistic in nature and based on the biopsychosocial approach. This requires the implication of physicians, nurses, psychologists, social workers, physical therapists and occupational therapists, in order to improve HIV-infected patients' life quality. In here, we review the neuropsychological and psychosocial aspects of HIV infection and AIDS, which play a major role in patients' life quality.

**KEY WORDS:** HIV, AIDS, cognitive impairment, motor impairment, dementia, psychosocial aspects, neuropsychological aspects, psychotherapy.

## **ASPECTOS NEUROPSICOLÓGICOS Y PSICOSOCIALES DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA**

Desde el comienzo de la epidemia del VIH/sida en 1981 hasta finales del 2004, se calcula que hay 37,8 millones de personas infectadas por el VIH, de los cuales, 35,7 millones son adultos y 2,1 millones niños de menos de 15 años. Se estima que en el año 2003 hubo 4,8 millones de nuevos infectados, de los cuales, 630.000 fueron menores de 15 años. Sólo en el año 2003, murieron 2,9 millones de personas en todo el mundo. (ONUSIDA, 2004).

En España desde 2004 hasta junio de 2005, se han diagnosticado 2.071 nuevos casos de sida. Ha habido un descenso del 6,6% con respecto al año anterior. Los casos diagnosticados en drogadictos o exdrogadictos descendieron un 12%. Los casos por relaciones heterosexuales también descendieron un 1,9%; sin embargo, aumentaron los casos entre hombres homosexuales (1,8%) (Centro Nacional de Epidemiología, 2003).

La población reclusa en los centros penitenciarios españoles de la Administración General del Estado hasta agosto de 2005 era de 60.532 internos. A partir de 1996 la prevalencia ha ido disminuyendo constantemente. Así en 1996 la prevalencia era del 22,7% y en 2003 era del 12,0%. Con respecto al sida, entre 1991 y 2003 se registraron en las prisiones un total de 4.425 casos, alcanzándose la máxima incidencia en 1994 con 763 casos. A partir de 1995, la incidencia ha ido disminuyendo constantemente. Así en 1995 se registraron 682 casos y en 2003 sólo 86. El consumo de drogas por vía intravenosa sigue siendo la vía de transmisión más importante en 2003, con 70 casos (81,4% del total de los casos) (Informe General del año 2003, Dirección General de Instituciones Penitenciarias).

Desde el inicio de la epidemia de la infección por el VIH se observaron distintos síntomas neurológicos, psiquiátricos y neuropsicológicos concomitantes con la afectación inmunitaria primaria que caracteriza a la infección. Aunque la proporción de pacientes con manifestaciones clínicas de disfunción neurológica es mucho más baja que la proporción de pacientes con alteraciones anatomopatológicas, hay una proporción substancial de sujetos con VIH/sida que desarrollan alteraciones neuropsicológicas importantes (Bornstein, 1994). En este artículo revisamos las distintas características de la infección por el VIH desde una perspectiva neuropsicológica. Asimismo, revisamos los aspectos psicosociales implicados en esta enfermedad.

### **DETERIORO NEUROPSICOLÓGICO**

El sujeto puntúa en un intervalo indicativo de deterioro en una prueba o más neuropsicológica que comprende una única área funcional. Por ejemplo, si el deterioro es en aprendizaje, se observa un déficit en el aprendizaje en los tests que evalúan esta variable neuropsicológica (Grant y Atkinson, 1990; Grant, Heaton, Atkinson y otros, 1995).

### **TRASTORNO COGNITIVO/MOTOR MENOR ASOCIADO CON EL VIH**

El trastorno cognitivo/motor menor (TCMM) es la alteración neuropsicológica más frecuente asociada con la infección por el VIH-1 (Academia Americana de

Neurología [AAN], 1991). Es de menor gravedad que la demencia asociada con la infección por el VIH pero más grave que el deterioro neuropsicológico. Este trastorno se denomina también trastorno neurocognitivo leve (TNL). Este deterioro neuropsicológico se caracteriza por defectos en dos o más áreas cognitivas, que producen una interferencia leve en el funcionamiento laboral y en la vida social (a menudo los pacientes se quejan de incapacidad para organizar bien las actividades cotidianas o laborales, asimismo se quejan de pérdida de eficacia en el trabajo si bien, por lo general, siguen trabajando). Sin embargo, los déficits no son lo suficientemente graves como para estar incluidos en el estadio leve (estadio 1) de la demencia asociada con el VIH. En definitiva, el TCMM se caracteriza por dificultades para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, reducción de la velocidad del procesamiento de la información, déficit atencional, pérdida de concentración y dificultad en el aprendizaje y en la recogida de nueva información. Además, se observan déficits leves en la deambulación o torpeza en el movimiento (falta de coordinación), así como labilidad emocional, irritabilidad y apatía (Hinkin, Castellón, Atkinson y Goodkin, 2001).

La diferencia más importante entre el TCMM y la demencia se encuentra en el grado de gravedad, si bien, en ambos casos las alteraciones neuropsicológicas influyen en las actividades cotidianas.

Este trastorno se observa frecuentemente en las fases avanzadas de la infección (grupo IV de la clasificación de los CDC, 1987). También puede observarse entre sujetos asintomáticos y levemente sintomáticos, según los estudios realizados con sujetos control, pero no suele observarse en la mayoría de los seropositivos en las fases iniciales de la infección (Grant y Atkinson, 1990; Wilkie, Eisdorfer, Morgan y otros, 1990; Stern, Marder, Bell y otros, 1991; Bornstein, Nasrallah, Para y otros, 1992), pero la presencia de células apoptóticas en un estudio con una muestra pequeña de cerebros de individuos en la fase inmediatamente anterior al sida apoya la hipótesis de que el daño cerebral empieza siempre en las fases iniciales de la infección por el VIH (An, Giometto, Scaravilli y otros, 1996). Los Cuadros 1 y 2 presentan las diferentes definiciones y criterios diagnósticos que se han propuesto para el TCMM/TNL.

En 1996, el Dana Consortium de los Estados Unidos se planteó el objetivo de comprobar la eficacia del algoritmo de la AAN para la definición del TCMM y del complejo demencia sida (CDS) asociado con el VIH y examinar los déficits funcionales, psiquiátricos, neurológicos y neuropsicológicos en los sujetos afectados. Doscientos setenta y un hombres y mujeres positivos para el VIH con cifra de linfocitos CD4 de menos de 200 o un déficit cognitivo demostrado fueron reclutados a partir de tres lugares (la Universidad de Columbia, la Universidad John Hopkins y la Universidad de Rochester) y se sometieron a evaluaciones estandarizadas. Sesenta y cinco sujetos reunían criterios de CDS (cognitivos, funcionales, neurológicos o comportamentales), 56 reunían criterios de TCMM y 15 no reunían criterios de ninguna de las dos anteriores. Setenta y ocho sujetos reunían criterios neurológicos, comportamentales y neuropsicológicos, pero no tenían un déficit funcional demostrable. Los que tenían CDS tuvieron un rendimiento significativamente peor en los tests de memoria verbal y velocidad motora y demostraron más signos extrapiramidales y síntomas comportamentales que los otros dos grupos. Tanto el CDS como el TCMM predicaban independientemente un mal funcionamiento físico, después del ajuste para las variables edad, sexo, nivel educativo según años de educación, cifra de CD4, hemo-

globina, número de enfermedades relacionadas con el VIH y medicamentos tomados para esta enfermedad y depresión. Los autores concluyen que los criterios de la AAN demuestran que es raro tener un déficit tanto funcional como cognitivo sin tener déficits comportamentales y/o neurológicos asociados. El déficit funcional aislado también es raro. La demencia es un predictor independiente del funcionamiento físico. El Cuadro 3 muestra las modificaciones del algoritmo de la AAN propuestas por estos autores para el TMMC (Dana Consortium on the therapy of HIV dementia and related cognitive disorders, 1996).

## **DEMENCIA ASOCIADA CON EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA**

Inicialmente la demencia asociada con el VIH fue descrita como una demencia subcortical. Sin embargo, más tarde se comprobó que se trata de una demencia mixta; es decir, corticosubcortical. De hecho, más adelante en su curso, afecta también a zonas corticales. Consiste en una serie de alteraciones cognitivas, comportamentales, motoras y neurológicas que va apareciendo de forma progresiva, alterna o simultánea. El aspecto más destacado es un deterioro cognitivo progresivo. Los pacientes con demencia asociada con el VIH presentan lentificación psicomotora, pérdida de concentración, deterioro de la capacidad de abstracción, déficit mnésico de leve a moderado, alteraciones en la psicomotricidad fina, de las habilidades visuoespaciales y de las funciones ejecutivas tales como planificación, resolución de problemas y formación de conceptos (Janssen, Saykin, Kaplan y otros, 1988; Poutiainen, Livanainen, Elovaara y Lähdevirta, 1988; Perdices y Cooper, 1989; Stern, Marder, Bell y otros, 1991; Catalán y Burgess, 1996). Asimismo, pueden observarse dificultades en el aprendizaje de nuevo material y en el recuerdo de información antigua (Grant y Atkinson, 1990). Aunque no es necesario observar un deterioro en la memoria para diagnosticar la demencia asociada con el VIH (Becker, Martin y López, 1994), ésta puede verse afectada en estadios tempranos. La memoria verbal puede estar deteriorada con preservación del reconocimiento. Los problemas motores más frecuentes son alteraciones de la deambulación, y, en general, enlentecimiento de los movimientos, hipertonia, hiperreflexia, debilidad y falta de coordinación de los miembros (Price y Brew, 1988; Aronow, Brew y Price, 1988; Price, Sidtis, y Rosenblum, 1988; Sidtis y Price, 1990; Portergies, 1994; Overall, 1995; Salvador, Ayuso Mateos, 1997). A pesar de los efectos beneficiosos de la moderna medicación antirretrovírica, la afectación del encéfalo en sujetos con sida, es un hallazgo frecuente en la autopsia, y la encefalitis causada por el VIH se detecta en alrededor del 25% de los casos. Esta prevalencia es más elevada entre los sujetos seropositivos toxicómanos (0% - 55%, promedio: 25% - 35%) (Bell, 1998; Bell, Brettle, Chiswick y otros, 1998; Jellinger, Setinek, Drlicek y otros, 2000; Meehan y Brush, 2001). La demencia asociada con el VIH se denomina también complejo demencia sida (CDS). Las características clínicas de la demencia asociada con el VIH se describen en el Cuadro 4 y las fases funcionales por las que atraviesa en su curso se presentan en el Cuadro 5. Los Cuadros 6 y 7 presentan la propuesta de definición y de criterios diagnósticos para la demencia asociada con la infección producida por el VIH.

En 1996 el Dana Consortium de los Estados Unidos se planteó el objetivo de hacer operativo el algoritmo de la AAN para la definición del TCMM y del CDS asociado con el VIH y examinar los déficits funcionales, psiquiátricos, neurológicos y neurop-

sicológicos en los sujetos afectados. Los autores concluyen que la demencia es un predictor independiente del funcionamiento físico. El Cuadro 8 muestra las modificaciones propuestas por estos autores para el CDS (Dana Consortium on the therapy of HIV dementia and related cognitive disorders, 1996).

#### **ÁREAS NEUROPSICOLÓGICAS AFECTADAS POR EL COMPLEJO COGNITIVO/MOTOR ASOCIADO CON EL VIH**

El término complejo cognitivo/motor asociado con el VIH comprende tanto el complejo demencia asociado con la infección por el VIH como el trastorno cognitivo/motor menor asociado con el VIH. También incluye la mielopatía asociada con la infección por el VIH, y, aunque entre las características de esta última se encuentra un posible déficit cognitivo leve (no satisface los criterios del complejo demencia), la característica principal de la mielopatía asociada en la infección por el VIH es el predominio de alteraciones neurológicas motoras, de la sensibilidad y de los esfínteres. Se han encontrado alteraciones en ambos trastornos en la velocidad psicomotora, el tiempo de reacción complejo, las funciones motoras, y la memoria operativa. En las manifestaciones subclínicas del trastorno cognitivo/motor menor pueden estar afectadas la atención dividida y la fluidez verbal. En el complejo demencia sida estas dos áreas están deterioradas. Puede existir un deterioro en la concentración, en el tiempo de reacción simple, en las funciones ejecutivas y en la memoria en el trastorno cognitivo/motor menor, y es probable que estén afectadas también en el complejo demencia sida. Suelen estar preservadas hasta las últimas fases de la enfermedad las tareas simples de atención y lenguaje. Los cambios conductuales como la apatía y la falta de espontaneidad pueden ser manifestaciones sugestivas de disfunción subcortical. En el Cuadro 9 se muestran las áreas afectadas por el complejo cognitivo/motor asociado con el VIH (Academia Americana de Neurología, 1991; Rabkin, Ferrando, van Gorp, 2000).

#### **FACTORES DE RIESGO DE DETERIORO NEUROPSICOLÓGICO EN LA INFECCIÓN POR EL VIH**

El inicio de las alteraciones neuropsicológicas se caracteriza por una progresión lenta que ocurre en un periodo variable de años y tiende a agudizarse en las fases avanzadas de la enfermedad. El deterioro neuropsicológico no se observa normalmente en periodos cortos de tiempo. Los cambios agudos o atípicos en las áreas cognitivas pueden ser indicativos de una enfermedad distinta al VIH, tales como infecciones oportunistas, neoplasias, delirium secundario a la medicación o una enfermedad sistémica. (Kelly, Grant, Heaton y Marcotte, 1996).

Varios estudios se han centrado en identificar los cofactores que incrementan o atenúan el riesgo de desarrollo de déficits neuropsicológicos. La cifra de linfocitos CD4 utilizado como un marcador de inmunosupresión no es un marcador fuertemente asociado con los niveles de funcionamiento neuropsicológico. Aunque Bornstein et al. (1991) inicialmente establecieron esta relación, estudios posteriores no han podido confirmar este hallazgo de forma coherente (Bornstein, Nasrallah, Para y otros, 1991; Becker, Sánchez, Dew y otros, 1997; Heaton, Grant, Butters y otros, 1995).

El aumento de la carga vírica es un índice frecuentemente utilizado en la progresión de la enfermedad. Puede estar asociado con un deterioro del funcionamiento cognitivo. Varios estudios indican que la carga vírica en el líquido cefalorraquídeo varía independientemente de la carga vírica periférica, y esto podría explicar las discrepancias que se observan en los hallazgos respecto al líquido cefalorraquídeo frente a la viremia y el deterioro neuropsicológico. Se ha demostrado que la viremia en el líquido cefalorraquídeo en pacientes con una cifra linfocitaria  $> 200 \text{ mm/cm}^3$  correlaciona con la gravedad del deterioro neuropsicológico en el complejo cognitivo/motor asociado con el VIH. Por el contrario, la mayoría de los estudios no han encontrado una relación entre el déficit neuropsicológico y una carga vírica periférica más baja (Brew, Pemberton, Cunningham y Law, 1997; McArthur, McClernon, Cronis, 1997; Ellis, Hsia, Spector y otros, 1997; Di Stefano, Monno, Fiore y otros, 1998).

Algunos factores demográficos, tales como la edad y el bajo nivel educativo, están asociados con un riesgo mayor de deterioro neuropsicológico. Becker y otros en 1997 demostraron que la edad y el nivel educativo muestran una asociación relativamente mayor con el perfil neuropsicológico que los marcadores de la enfermedad (tales como el recuento de linfocitos CD4 y la fase de la enfermedad). Una revisión sobre este tema se encuentra en Satz, 1993.

## **CONSECUENCIAS DE LOS TRASTORNOS COGNITIVOS RELACIONADOS CON EL VIH**

Aunque la literatura existente sobre las consecuencias de los trastornos cognitivos relacionados con el VIH no es amplia, hay evidencia de que la disfunción cognitiva influye de forma relevante en el funcionamiento diario de los individuos infectados y es un factor predictivo de supervivencia. Esto parece ser cierto incluso para aquellos pacientes que no sufren una demencia incapacitante.

1. *Rendimiento neuropsicológico como predictor de supervivencia.* El desarrollo de demencia en sujetos con sida correlaciona con un menor tiempo de supervivencia. McArthur y otros (1993) informaron de que la mediana de supervivencia después del diagnóstico de demencia era sólo de 6 meses. Además, el déficit neuropsicológico no suficientemente grave para dar lugar a un diagnóstico de demencia que ocurre durante la fase médicamente asintomática de la infección, también puede ser un predictor de supervivencia. En un estudio realizado por Ellis y otros (1997), se demostró que los sujetos con déficit neuropsicológico tenían un riesgo significativamente más alto de muerte que aquellos sin déficit. Las tasas más elevadas de mortalidad se encontraron en aquellos sujetos que reunían los criterios diagnósticos de trastorno cognitivo/motor menor (TCMM). Por lo tanto, no está claro qué tipo de relación existe entre el deterioro neuropsicológico y la supervivencia porque los sujetos deteriorados tienen menos capacidad para beneficiarse del apoyo social y médico o pueden tener una cepa más virulenta del virus. Además, la persona con este tipo de déficit es ya de por sí más susceptible al virus.

2. *Calidad de vida.* Kaplan y otros (1995) en una muestra de casi 600 sujetos encontraron que existía una relación inversamente proporcional entre calidad de vida y gravedad del déficit neuropsicológico. Esta relación persistía incluso después de controlar los factores médicos relevantes.

3. *Tratamiento médico.* Albert y otros (1999), mediante un nuevo instrumento para evaluar el tratamiento farmacológico, examinaron la relación entre funcionamiento neuropsicológico y capacidad del sujeto para preparar y tomar correctamente las medicaciones y entender la información escrita de la prescripción. Encontraron que el deterioro neuropsicológico en las áreas de memoria, funcionamiento ejecutivo y destrezas psicomotoras estaba asociado con falta de interés en el tratamiento médico, y que estos sujetos tenían más dificultades con la adhesión al tratamiento. Reicks y otros (1999) también informan de que los sujetos seropositivos para el VIH neuropsicológicamente deficitarios obtienen peores puntuaciones en una escala de funcionamiento diario, incluyendo los aspectos relacionados con la medicación.

Está claro que el no tomar la medicación antirretrovírica de la forma prescrita puede aumentar el riesgo de desarrollar resistencia a los fármacos.

4. *Actividad laboral.* Heaton y otros (1994) encontraron que los sujetos seronegativos para el VIH realizaban mejor sus actividades laborales que los seropositivos con déficit neuropsicológico. Al comprobar los antecedentes laborales anteriores a la infección, se comprobó que el grupo con déficit neuropsicológico mostraba deterioro significativo en su capacidad laboral. Albert y otros (1995) examinaron a 207 hombres homosexuales y bisexuales, de los cuales 123 eran seropositivos para el VIH. Encontraron que durante cuatro años y medio de seguimiento el riesgo relativo de incapacidad laboral en los sujetos positivos para el VIH fue de 2,76, comparado con los sujetos seronegativos ( $\geq 24$  meses de actividad laboral de menos de 20 horas a la semana frente a más de 20 horas a la semana). Análisis posteriores indicaron que en el grupo médicamente asintomático el desarrollo de déficit neuropsicológico importante era un factor relevante en la incidencia de incapacidad laboral, incluso después de ajustar para variables tales como estado sintomático, cifra de linfocitos CD4+ e incapacidad laboral.

5. *Conducción de vehículos a motor.* En un estudio, 68 sujetos seropositivos para el VIH participaron en simulaciones de conducción para explorar la relación entre funcionamiento neuropsicológico y capacidad de conducción. Los sujetos con déficit neuropsicológico no pudieron realizar la tarea de simulación de la forma validada previamente a una velocidad mucho más alta por los sujetos seropositivos sin déficit (62% frente al 24%,  $P < 0.001$ ). Además, los sujetos seropositivos con déficit neuropsicológico tenían un número más elevado de accidentes en la simulación de conducción en ciudad (2,3 accidentes frente a 1,5). Existe evidencia de que el déficit cognitivo asociado con el VIH puede afectar a la capacidad de conducción de vehículos a motor (Marcotte, Heaton, Wolfson y otros 1999).

## **VARIABLES NEUROPSICOLÓGICAS COMO CRITERIO DE EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS ANTIRRETROVÍRICOS**

Hasta la fecha hay aproximadamente 14 medicamentos disponibles para el tratamiento del complejo cognitivo/motor asociado al VIH. Hasta la fecha, la mayoría de los estudios han examinado los efectos de la zidovudina sobre el funcionamiento neuropsicológico. Pocos estudios han examinado los efectos de otros regímenes de medicación.

Dado que existen trastornos neuropsicológicos asociados con la infección producida por el VIH en el SNC, la evaluación del funcionamiento cerebral es un importante marcador de la progresión de la enfermedad, así como una medida de la eficacia del tratamiento con los antirretrovíricos. Varios estudios sobre tratamiento antirretrovírico han utilizado medidas neuropsicológicas como criterios de evaluación de los resultados terapéuticos (Cuadro 10). Además, el tratamiento de la infección por el VIH y de los problemas médicos secundarios a ésta puede dar lugar a problemas neuropsicológicos importantes y, muchas veces, no reconocidos. Algunos fármacos tienen efectos secundarios que pueden provocar un *delirium* o problemas más sutiles, que deben tenerse en cuenta durante la evaluación neuropsicológica. Debido a la mala penetración de los nuevos fármacos antirretrovíricos a través de la barrera hematoencefálica, el SNC puede seguir siendo un refugio para el VIH a pesar de haberse instaurado la terapéutica antirretrovírica adecuada. Por lo tanto, aunque las tasas de mortalidad puedan descender gracias a estos nuevos fármacos, es posible que aumenten la probabilidad de que el paciente desarrolle disfunción neuropsicológica durante el curso de la infección (Dore, Correll, Li y otros, 1999).

#### **ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA**

Los individuos infectados muestran una amplia variación en el curso de la enfermedad física. Algunos sujetos desarrollan los síntomas rápidamente mientras que otros permanecen sin sida durante 10 ó 15 años, incluso sin tratamiento antirretrovírico (Rutherford, Lifson y Hesso, 1990). La razón de la variabilidad interindividual en la velocidad con la cual se pasa de una fase a otra sigue siendo desconocida, pero es probable que se deba a algún tipo de combinación de factores psicosociales o variables conductuales y factores biológicos (Kiecolt-Glaser y Glaser, 1988; Harrer, Harrer, Kalams y otros, 1996; Leserman, Jackson, Petitto y otros, 1999).

La infección y la enfermedad producidas por el VIH dan lugar a muchos problemas emocionales. El trauma psicológico, la ira, la denegación de la enfermedad, la culpabilidad y la ansiedad necesariamente acompañan al descubrimiento de que se es seropositivo. La gran mayoría de los individuos se adaptan claramente a la crisis al cabo de varias semanas o meses, y los trastornos adaptativos se han detectado en sólo aproximadamente del 10% al 20%. Sin embargo, la adaptación a la enfermedad producida por el VIH es un proceso que dura toda la vida. Después de la confirmación de la seropositividad, el sujeto deberá plantearse no sólo cómo cuidar de su salud (por ejemplo, consultas médicas, pruebas periódicas con cifras de linfocitos CD4+) sino también cómo planear el futuro, cómo decirle a los otros que es seropositivo para el VIH y enfrentarse a las preocupaciones prácticas e inmediatas relacionadas con la estigmatización, el abandono por parte de las personas de su círculo social, la pérdida del trabajo, los gastos que genera la atención médica y la posibilidad de morir. Las características que identifican a los sujetos vulnerables al estrés emocional son la juventud, la falta de educación, el estar en paro, la utilización de estrategias de afrontamiento de los problemas basadas en la evitación y la percepción de un apoyo social insuficiente (Tross y Hirsch, 1988; Perry, Jacobsberg, Fishman y otros, 1990; Schneiderman, Antoni, Saab e Ironson, 2001; O' Cleirigh, Ironson, Antoni y otros, 2003).



La enfermedad presenta aspectos muy diferentes y afecta a las personas contagiadas de muchas maneras. Se puede describir el VIH como una epidemia infecciosa que produce un deterioro inmunitario. En segundo lugar, se puede describir como una epidemia psicológica, con las consecuencias correspondientes que para el sujeto tiene el descubrimiento de su seropositividad (ansiedad, miedo, depresión) y las provocadas por el avance de la enfermedad (pérdida de control sobre el sistema psicológico y cognitivo). Por último, el sida es también una epidemia social relacionada con las reacciones que provoca en las personas hacia los que padecen la enfermedad (Sánchez y Blanco, 1994).

## REACCIONES ANTE EL DIAGNÓSTICO

Recibir un resultado positivo en las pruebas para el VIH, incluso cuando ya se espera hasta cierto punto, puede ser traumático. El diagnóstico de infección por el VIH puede ser tan devastador que la persona no puede recordar ninguna información inmediata que haya recibido después en los servicios sociales (Perry y Markowitz, 1988). El asesoramiento profesional antes de realizarse la prueba debe incluir una discusión sobre el significado y las posibles consecuencias de los resultados (Cuadro 11) (Miller, 1988; García Huete, 1991, García Huete, 1993).

Si los resultados no confirman la presencia del VIH, se observará un gran alivio y se hará hincapié en las medidas preventivas. Si los resultados de las pruebas confirman la presencia de anticuerpos para el VIH, las reacciones pueden ser muy variadas. Según García Huete (1993), las respuestas van desde la aceptación hasta el *shock* emocional:

- El sujeto no responde a las preguntas, se observa una prolongación de los tiempos de reacción; la persona comenta que tiene la sensación de tener la “mente en blanco”.
- Aparición de ideación depresiva, abatimiento, llanto.
- Situaciones de indefensión: “no puedo hacer nada”.
- Negación de la situación: “no puede ser, no es verdad, se han tenido que equivocar”.
- Irritabilidad e incredulidad: “Por qué me ha tenido que tocar a mí”.
- *Shock* emocional intenso, tensión muscular, crisis de angustia, llanto, crispación, etcétera.

Las personas que tienen hijos se preocupan inmediatamente por la posibilidad de que puedan haberles transmitido el virus. Después del *shock* inicial al saber los resultados positivos de la prueba, las personas experimentan una cascada de emociones, entre ellas ira, ansiedad y depresión reactiva. Las preocupaciones por la posibilidad de morir son también frecuentes entre las personas que dan positivos en estas pruebas. Esta sensación aumenta más el sentimiento de vulnerabilidad a la enfermedad y a la muerte (Tross y Hirsch, 1988). Enterarse de que se es seropositivo para el VIH puede producir preocupaciones de tipo obsesivo y compulsivo por la salud, así como otras formas de ansiedad específicamente relacionadas con el sida. Una vez que ha

pasado el periodo inicial, los sujetos parecen poner en práctica respuestas de afrontamiento dirigidos a adaptarse a la situación (Hebrero, 1994).

## **INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA**

Entre los objetivos de la intervención psicológica podemos citar los siguientes (Espada y Quiles, 2002):

- Ayudar al paciente a adaptarse al estado de seropositividad.
- Resolver dudas relacionadas con la infección y su evolución.
- Atender las dudas, preocupaciones y angustias de los familiares y allegados.
- Promover estrategias de afrontamiento activo ante la enfermedad. Motivar al sujeto hacia el tratamiento.
- Promover la adopción de hábitos saludables de vida.
- Promover cambios en las conductas de riesgo, en caso de que las hubiera.
- Facilitar el acceso a los recursos de apoyo social.
- Ayudar al paciente terminal.

Se ha utilizado con éxito tanto el asesoramiento individual como los grupos de apoyo para ayudar a las personas seropositivas para hacer frente a la enfermedad y a los problemas psicosociales asociados con ésta. Las intervenciones psicosociales deben ser adecuadas a la fase de la enfermedad en la que se encuentra el paciente (Vaughan y Kinnier, 1996). El asesoramiento se ofrece a los enfermos incluso aunque éstos no lo demanden de motu proprio. Se suele aplicar en diversas situaciones, tales como: antes de la realización de la prueba, en el momento de la comunicación de los resultados, el inicio de los síntomas, en la fase terminal de la infección o cuando surgen otras patologías asociadas (Espada y Quiles, 2002). No se ha desarrollado ninguna técnica específica para el tratamiento psicológico de los sujetos enfermos de VIH/sida. El tipo de técnica dependerá de la intensidad de los síntomas en un momento dado (Preciado, 1996). Entre los tratamientos psicológicos actuales para el VIH/sida podemos citar: la psicoterapia individual, la psicoterapia breve, el apoyo social, la terapia grupal, las intervenciones cognitivo-conductuales, la intervención en crisis, las terapias psicodinámicas, la terapia sistémica y la educación para la promoción de la salud (Perry, Fishman, Jacobsberg y otros, 1991; Catalán, Gath, Anastasiades y otros, 1991; Arranz, 1994; Catalán, Burgess y Klimes, 1995; Preciado, 1996; Antoni, Lutgendorf, Ironson y otros, 1996; Chesney, Folkman y Chambers, 1996; Cruess, Antoni, Schneiderman y otros, 2000; Lechner, Antoni, Lydston y otros, 2003).

Las características peculiares en el ámbito clínico y evolutivo, junto con los aspectos psicosociales, influyen en el proceso terminal. El objetivo de los cuidados paliativos es aliviar el sufrimiento del paciente, logrando un proceso de muerte con calidad y dignidad humana (Santo Domingo, 1998).

### *TÉCNICAS DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS*

La resolución de problemas implica identificar preocupaciones o problemas, priorizándolos en términos de gravedad de la urgencia, y luego tratar de ir resolviéndolos

uno a uno utilizando técnicas tales como la lluvia de ideas (brainstorming) y la búsqueda de posibles soluciones, seguido de una planificación de cómo se ponen en práctica las acciones elegidas. En posteriores sesiones, se revisarán los progresos a la hora de lograr los objetivos a corto plazo, se identificarán las dificultades u obstáculos, reformularán los objetivos y se acordarán los siguientes pasos a dar. La resolución de problemas puede convertirse en un hábito de pensamiento ordenado y un método para tratar las distintas dificultades que vayan apareciendo (Cuadro 12) (Catalán, Burgess y Klimes, 1995).

#### *PSICOTERAPIA INTERPERSONAL*

La psicoterapia interpersonal (PI) es una psicoterapia breve y centrada en la depresión. Markowitz y colaboradores (1992) la han adaptado a las personas afectadas por la infección por el VIH y han evaluado su eficacia. Se basa en un método de “aquí y ahora”, formula los problemas desde una perspectiva interpersonal, y explora los cambios en cuatro áreas problemáticas: dolor y pena, periodo de transición, conflictos interpersonales y carencias en las relaciones interpersonales. Markowitz y otros (1995) en un estudio controlado compararon la PI con la psicoterapia de apoyo no específica en sujetos deprimidos infectados por el VIH. El estudio mostró mayores efectos para la PI alrededor de las 8 semanas de tratamiento. Este efecto se observaba hasta el final del programa de tratamiento (17 semanas). Las mejorías fueron evidentes en depresión, así como en relaciones interpersonales, situación vital y profesional. Una investigación más reciente de Markowitz y otros (1998) apoyan los hallazgos anteriores. Un grupo de 101 personas deprimidas con infección por el VIH fueron aleatoriamente asignadas a uno de los siguientes 4 tratamientos de una duración de 16 semanas: PI, terapia cognitivo-conductual, psicoterapia de apoyo y psicoterapia de apoyo combinada con tratamiento farmacológico (imipramina). Los sujetos asignados al grupo de PI y PI con imipramina tenían una mejoría significativamente mayor que los que recibían psicoterapia de apoyo y psicoterapia cognitivo-conductual. Los autores concluyen que la PI presenta ventajas claras en pacientes que han experimentado acontecimientos vitales negativos asociados con la infección por el VIH.

#### *TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL*

El valor y la importancia de la terapia cognitivo-conductual (TCC) está bien establecido para una serie de problemas tales como ansiedad y depresión (Beck y otros, 1979). Existe evidencia sólida de su eficacia en los problemas que presentan las personas infectadas por el VIH. La TCC puede ser eficaz en un conjunto muy amplio de problemas, desde los trastornos de ansiedad y depresión hasta las dificultades más complejas relacionadas con problemas de larga data anteriores a la infección (baja autoestima, control de los impulsos), así como en problemas de adhesión al tratamiento médico. Uno de los objetivos de la TCC es proporcionar al paciente una forma adecuada de pensar y responder a los problemas. De esta forma, los sujetos pueden desarrollar habilidades correctas de afrontamiento a largo plazo. Las técnicas de reestructuración cognitiva, las técnicas de imágenes, las técnicas de relajación, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, el entrenamiento en habilidades interper-

sonales (tratamiento de la ira y la asertividad), la identificación de pensamientos negativos y los métodos para el apoyo social son algunas de las técnicas utilizadas en la TCC (Herbst, Sherba, Crepaz y otros, 2005; Chan, Kong, Leung y otros, 2005; Caballo, Buela-Casal y Carrobles, 1995). Una serie de estudios indican que las intervenciones cognitivo-conductuales diseñadas para modificar los esquemas cognitivos sobre el proceso de la enfermedad producida por el VIH pueden influir positivamente en parámetros fisiológicos importantes en los sujetos con VIH. Se ha demostrado que el tratamiento del estrés mediante la TCC y grupos de apoyo afecta a los procesos afectivos y cognitivos y tiene efectos positivos a corto plazo sobre la cifra de linfocitos CD4 y la viremia. Además, el tratamiento del estrés mediante la TCC afecta a otros procesos fisiológicos importantes indicativos de la progresión de la enfermedad, tales como un subconjunto específico de linfocitos T (Kemeny, 2003; Antoni, Cruess, Klimas y otros, 2002).

#### *TERAPIAS PSICODINÁMICAS*

La psicoterapia psicodinámica breve (PPB) parece ser eficaz para el tratamiento de los problemas que presentan las personas seronegativas para el VIH tratadas de otra enfermedad en un hospital general (Guthrie y otros, 1993; Spanier, Howden y Jones, 2003). Aunque no hay estudios de comparación en pacientes con VIH, se han publicado algunos informes descriptivos del uso de la PPB (Weiss, 1997; Milton, 1994). Dentro del paradigma psicodinámico, Weis (1997) ha descrito el valor de la psicoterapia individual y grupal en hombres homosexuales infectados con el VIH. Estas terapias sirven para identificar problemas generales y específicos presentes en este grupo de sujetos. Además de las cuestiones de pérdida e incertidumbre frente al futuro, también se tratan temas tales como la identidad sexual, la sexualidad y el significado de la enfermedad producida por el VIH. En general, las intervenciones psicodinámicas son más apropiadas para sujetos con dificultades de larga data y alteraciones de la personalidad presentes antes de la infección por el VIH. Parece ser que este tipo de sujetos son los que más beneficio obtienen de las técnicas psicodinámicas.

#### *COUNSELLING*

El *counselling* se ha convertido en un elemento central en la psicoterapia de la infección por el VIH y el sida. Se trata de un modelo holístico, en el cual los problemas psicológicos se reconocen como un componente más del tratamiento médico-psicológico del paciente. El *counselling* tiene dos objetivos generales: la prevención de la transmisión del VIH a otras personas y el apoyo psicosocial a los afectados directa o indirectamente por el VIH y el sida. Es importante tener presentes estos dos objetivos porque la extensión de la epidemia del VIH se puede prevenir mediante cambios conductuales. El *counselling* preventivo individual es de gran importancia ya que permite una discusión abierta y sincera de los aspectos sensibles y problemáticos de la vida del paciente y de las personas con las que se relaciona. Cuando alguien sabe que está infectado por el VIH puede sufrir un gran estrés psicológico o social (miedo al rechazo, estigma social, progresión de la enfermedad, incertidumbres respecto al futuro tratamiento del VIH y muerte). En los Cuadros 13 y 14 se muestran los objetivos y los diferentes programas del *counselling* (Kalichman, 1998). Myers y otros

(2004) aconsejan realizar counselling preventivo mediante protocolos escritos para el personal médico y otros profesionales (psicólogos, enfermeras, asistentes sociales). Estos protocolos constituyen una guía importante para los médicos y otros profesionales y aumentan la probabilidad de que los pacientes infectados por el VIH reciban intervenciones holísticas en prevención independientemente de las características de los pacientes. Sin embargo, en España, sólo pueden realizar *counselling*, según la normativa, los psicólogos y psiquiatras.

## **INFLUENCIA DE LAS VARIABLES PSICOSOCIALES EN LA EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD**

Varios factores psicosociales han sido estudiados como predictores de la progresión de la enfermedad en la infección producida por el VIH. Los hallazgos relacionados con la relación existente entre los cambios en el sistema inmunitario, la progresión de la enfermedad y los factores psicosociales son interesantes pero algo contradictorios entre sí (Schneiderman, Antoni, Saab e Ironson, 2001).

### **1. Estresores**

En un estudio longitudinal realizado por Evans y otros (1997) con 93 hombres homosexuales inicialmente en fase clínicamente asintomática mediante un seguimiento de 42 meses y evaluados cada 6 meses se llegó a la conclusión de que los acontecimientos vitales estresantes estaban asociados con una mayor velocidad en la progresión del VIH desde la fase inicial. En otro estudio, Leserman y otros (1997) encontraron una relación inversamente proporcional entre estresores vitales, tales como la pérdida de un ser querido, y el número de células citolíticas naturales, linfocitos CD8 y linfocitos citotóxicos naturales (Leserman, Petitto, Perkins y otros, 1997; Evans, Leserman, Perkins y otros, 1995). Kemeny y otros (1989) encontraron que el dolor por la pérdida de un ser querido estaba relacionado con un descenso de los linfocitos CD4 únicamente cuando el sujeto tenía presente expectativas negativas sobre sí mismos.

### **2. Depresión y malestar psicológico**

Burack y otros en 1993 encontraron que la depresión estaba relacionada con un descenso de los linfocitos CD4 a lo largo de un periodo de 5 años en una cohorte de 277 hombres seropositivos. Además encontraron un descenso más rápido del recuento de CD4 durante el proceso depresivo, pero sólo en los sujetos con recuentos más altos de linfocitos CD4+. Rabkin y otros en 1991 encontraron una relación entre depresión y síntomas médicos, pero no encontraron una relación entre depresión, malestar psicológico, estrés y cambios en los recuentos de CD4 o CD8 a lo largo de un periodo de 6 meses. Solano y otros en 1993 encontraron que el malestar psicosocial sirve como predictor del desarrollo de los síntomas médicos pero solamente en el grupo con un recuento inicial bajo de linfocitos CD4 (Solano, Costa, Salvati y otros, 1993). Golub y otros (2003) encontraron que el malestar psicológico estaba asociado de forma independiente con un tiempo más corto de progresión al sida entre los consumidores de drogas por vía intravenosa (CDVI) infectados con el VIH, en especial, aquellos con las cifras de linfocitos CD4+ más bajas, pero no fue un indicador de

mortalidad. Vedhara y otros (1997) investigaron la relación entre el malestar psicológico y la progresión de la enfermedad, y encontraron que parte de la variabilidad en la progresión del VIH se debía al malestar emocional. En otro estudio, Griffin y otros (1998) no pudieron encontrar una relación consistente entre la gravedad de la enfermedad producida por el VIH y la depresión; sin embargo, sus hallazgos indican que las limitaciones físicas son más importantes que los marcadores de laboratorio de la progresión de la enfermedad a la hora de entender la adaptación psicológica a la enfermedad. Otro estudio también encontró relaciones entre la pérdida de peso corporal y el aumento significativo del malestar psicológico a escala global, la sintomatología depresiva, el cansancio y la insatisfacción en la vida (Wagner, Ferrando y Rabkin, 2000). Koh confirma, a su vez, una relación entre la función inmunitaria, las emociones, la eficacia del tratamiento antirretrovírico y los tratamientos psicoterapéuticos (Koh, 1998). Sin embargo, Lyketsos encontró que la depresión no sirve para predecir un descenso más rápido de linfocitos CD4 en una muestra de 1.809 hombres homosexuales durante un periodo de 8 años (Lyketsos, Hoover, Guccione y otros, 1993). Pugh tampoco encontró una relación entre el malestar psicológico y las fases iniciales de la enfermedad por el VIH. Los síntomas de malestar estaban más asociados con medidas psicológicas que con los marcadores inmunitarios o clínicos de la enfermedad (Pugh, Riccio, Jadresic y otros, 1994).

### **3. Afrontamiento**

Mulder y otros en 1995 encontraron que una estrategia de afrontamiento caracterizada por hablar abiertamente de los problemas relacionados con la enfermedad estaba relacionada con una progresión clínica más lenta en un seguimiento de 1 año de una cohorte de hombres homosexuales. Por el contrario, en otro estudio, Mulder y otros en 1999 investigaron prospectivamente la relación entre una estrategia de afrontamiento caracterizada por la evitación comparada con un afrontamiento conductual y cognitivo activo y la progresión de la infección por el VIH en un periodo de 7 años en 181 hombres homosexuales. Encontraron que la estrategia de afrontamiento mediante evitación predecía un ritmo más lento de deterioro en los linfocitos CD4. Las intervenciones psicológicas en el duelo relacionado con el sida sirven para reducir el malestar psicológico y las estrategias inadecuadas de afrontamiento son necesarias con el fin de realizar una prevención secundaria, necesaria en los pacientes con un malestar psicológico elevado que tienen que convivir con el VIH/sida (Sikkema, Kalichman, Hoffmann y otros, 2000). Leserman y otros, en 2000, examinaron el efecto de los acontecimientos estresantes, los síntomas depresivos, el apoyo social, las estrategias de afrontamiento y los niveles de cortisol en la progresión de la infección por el VIH, llegando a la conclusión de que una progresión más rápida al sida estaba asociada con un promedio elevado de acontecimientos vitales estresantes, el afrontamiento por medio de la denegación, un nivel elevado de cortisol plasmático así como una satisfacción promedio acumulada más baja con respecto al apoyo social.

### **4. Estrategias cognitivas (actitudes y esquemas mentales)**

Reed y otros (1994) encontraron que el fatalismo como actitud mental es un predictor importante de supervivencia. En otro estudio, Reed y otros (1999) encontraron que las expectativas negativas en combinación con el duelo predecía un avance más rápido de los síntomas médicos del sida en los 2,5 a 3,5 años posteriores al diagnós-

tico entre hombres homosexuales positivos para el VIH inicialmente asintomáticos. Segerstrom y otros (1996), por su parte, encontraron que los pensamientos que reflejan creencias negativas sobre uno mismo, el futuro y el control que el sujeto tiene sobre la situación predecían significativamente un descenso más rápido de los linfocitos CD4+. Por el contrario, las estrategias cognitivas positivas pueden servir como protectoras. Una actitud positiva (por ejemplo tener planes para el futuro) se relacionaba con una baja mortalidad en un grupo de hemofílicos (Blomkvist, Theorell, Jonsson y otros, 1994). Bower y otros (1998) examinaron la cuestión de si encontrar una respuesta a por qué se está estresado se relacionaba o no con los cambios en el estado inmunitario y en la salud general. Estos autores indicaron que el comprender la razón del estrés y de los acontecimientos estresantes puede estar relacionado con mejores resultados inmunitarios y de la salud general.

### **5. Apoyo social y pérdida de un ser querido**

La eficacia del apoyo social a la hora de reducir la ansiedad frente a la enfermedad parece variar a lo largo del curso de ésta desde la primera hasta la última fase. Los sujetos con VIH en fase clínicamente sintomática obtienen apoyo de una serie muy amplia de personas, entre ellas el personal médico, los iguales y la familia (Catania, Turner, Choy y Coates, 1992). La pérdida y el duelo por los seres queridos se han asociado con el desarrollo de síntomas médicos, con el descenso de los linfocitos CD4+ y con una peor respuesta al tratamiento con antirretrovíricos de las células citolíticas naturales. Mientras que el duelo por sí solo no siempre conduce a una progresión más rápida de la sintomatología médica, en combinación con expectativas negativas puede ser muy perjudicial (Reed, Kemeny, Taylor y Visscher, 1999). Así, Leserman y otros (1999) encontraron que los acontecimientos vitales estresantes, la acumulación de síntomas depresivos y un apoyo social insatisfactorio estaban asociados con una progresión más rápida al sida. En general, las teorías sobre los procesos de duelo o pena predicen que la acumulación de pérdidas debida a varias muertes de seres queridos incrementa los signos y síntomas de malestar psicológico. Los hombres homosexuales seropositivos pueden estar sujetos a un duelo crónico, el cual da lugar a una pena profunda y permanente crónica, preparación permanente para futuras pérdidas y un trabajo de duelo no resuelto o incompletamente resuelto (Springer y Lease, 2000). Los problemas sociales, tales como la disponibilidad de apoyos sociales, la dificultad para establecer contactos y relaciones íntimas y la revelación a otros del estado de la seropositividad son factores que disminuyen la posibilidad de disponer de un apoyo social adecuado (Serovich, Brucker y Kimberly, 2000; Fleishman, Sherbourne, Crystal y otros, 2000; Sikkema, Kochman, Di Francesco y otros, 2003).

### **6. Otras variables**

Cole y otros en 1996 y 1997 investigaron las consecuencias de saber que se es seropositivo, y encontraron que los hombres homosexuales que no habían revelado nunca antes a nadie su orientación sexual tenían un curso más rápido de progresión de la infección por el VIH en un periodo de entre 1,5 a 2 años. La falta de una orientación sexual clara está asociada también con una progresión más rápida de las enfermedades definitorias de sida y menos tiempo de supervivencia (Cole, Kemeny, Taylor y Visscher, 1996; Cole, Keneney, Taylor y otros, 1996; Cole, Kemeny y Taylor, 1997). En otro estudio realizado por Ullrich y otros (2003), se estudió la relación

entre la revelación a los demás de la orientación sexual propia, el apoyo social, las limitaciones en el apoyo social, los síntomas depresivos y el recuento linfocitario CD4+. Los autores llegaron a la conclusión de que la ocultación de la condición de homosexual estaba asociada con un recuento más bajo de linfocitos CD4+, mayor prevalencia de síntomas depresivos y relaciones sociales más problemáticas. Pessin y otros en 2003 estudiaron la relación entre el déficit cognitivo y el deseo de morir en los sujetos con sida, llegando a la conclusión de que las alteraciones cognitivas tienen una influencia modesta pero significativa a la hora de desear la muerte en estos individuos. Dray-Spira y otros en 2005 plantean que las condiciones socioeconómicas adversas, entre ellas la falta de trabajo y de pareja estable, constituyen factores de riesgo de progresión de la enfermedad y de la morbilidad asociada así como de hospitalización y fallecimiento en los primeros años de la infección por el VIH, incluso en el caso de pacientes que siguen tratamiento antirretrovírico.

Además, hay otras variables psicosociales de tipo conductual importantes que influyen en la progresión al sida y en el tiempo de supervivencia, tales como practicar sexo seguro, no compartir agujas ni jeringuillas, disponer de un médico competente y comprensivo con conocimientos sobre el sida y la adhesión al tratamiento con antirretrovíricos y otros fármacos.

#### LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA COMO ENFERMEDAD CRÓNICA

Las enfermedades crónicas son incurables y por lo tanto, los objetivos de la atención médica y psicológica son contener, lentificar la progresión de la enfermedad, así como proceder al tratamiento de los síntomas y a la resolución de los problemas que pueden afectar negativamente a la calidad de vida del paciente. Las enfermedades crónicas tienden a mostrar una serie de características. Con frecuencia, tienen un curso incierto o se caracterizan por periodos alternativos de remisión y reagudización o periodos estables interrumpidos por exacerbaciones episódicas de los síntomas. En la mayoría de los casos se requiere la adherencia por parte del paciente a un régimen de tratamiento que puede diferir a lo largo del curso de la enfermedad en complejidad y eficacia. Normalmente, los pacientes crónicos necesitan autocuidados considerables por parte de sí mismos. La enfermedad crónica es un estado indeseable que conlleva muchas veces cierto grado de estigmatización social y casi siempre desemboca en algún grado de dependencia, al menos en las fases más avanzadas de la enfermedad. Como consecuencia, las relaciones con familiares y amigos deben ser renegotiadas teniendo en cuenta las limitaciones del paciente. El malestar psicológico y el estrés son constantes en la vida del enfermo crónico debido a la incertidumbre con respecto al curso de la enfermedad. Actualmente, el VIH reúne criterios de enfermedad crónica. La progresión de la enfermedad varía considerablemente de un individuo a otro y tiene un profundo impacto en las relaciones interpersonales y sociales. Por lo tanto, constituye una enfermedad asociada con múltiples estresores crónicos. Se ha estudiado la asociación entre la ocurrencia de acontecimientos vitales estresantes y las alteraciones en la resiliencia de las personas o susceptibilidad a los procesos patógenos asociados con una serie de enfermedades crónicas. Mientras que los estudios en prevención primaria se centran en investigar los factores que explican cómo las personas son infectadas por el VIH, la investigación sobre prevención secundaria



se centra en los factores asociados con el tratamiento óptimo e integral de la infección. Por lo tanto, uno de los objetivos de la prevención secundaria es el desarrollo de estrategias de intervención eficaces para el tratamiento de la enfermedad crónica. Para desarrollar estrategias de prevención secundaria eficaces hay que entender los procesos regulatorios que pueden actuar para mantener o exacerbar la fisiopatología o las manifestaciones clínicas de la enfermedad. Para mejorar la salud en el ámbito físico es importante realizar intervenciones que afecten a los mecanismos psicoinmunológicos, enseñando a las personas infectadas técnicas para reducir el malestar emocional y aumentar el uso eficaz de los recursos disponibles, así como respuestas de afrontamiento (*coping*) adaptativas que pueden afectar positivamente al sistema inmunitario a través de cambios en la regulación hormonal (Antoni, Lutgendorf, Ironson y otros, 1990). Un mecanismo que podría explicar los efectos de las intervenciones psicosociales sobre la salud a nivel físico es la creación de estrategias con respecto a la salud, que ayuden a disminuir las conductas negativas frente a la salud (por ej. conductas sexuales no protegidas, consumo de drogas y fármacos, alimentación adecuada, horas de sueño, higiene, ejercicio físico, etc.) y aumentar las conductas positivas (adherencia a la medicación antirretrovírica, entre otras). Es importante también prevenir o al menos disminuir la exposición a sustancias tóxicas, tales como tabaco, alcohol y otras drogas y medicamentos con muchos efectos secundarios no estrictamente necesarios, así como a organismos patógenos que pueden producir infecciones asociadas y sobrecargar aún más al sistema inmunitario (Scheiderman, Antoni e Ironson, 1997).

La enfermedad producida por el VIH lleva camino de convertirse en una enfermedad crónica, al menos en los países occidentales. Esto se debe a la eficacia de la terapia antirretrovírica de gran actividad (TARGA) que lentifica la progresión al sida e incluso en algunos pacientes evita que esta progresión se produzca. La cronicidad de la infección por el VIH es una buena noticia pero plantea nuevos problemas y retos. Por ejemplo, muchos pacientes llegan hasta la vejez y aparecerán como consecuencia comorbilidades, tales como VIH más cánceres no asociados, VIH más diabetes, VIH más enfermedad de Alzheimer, aparte de la combinación entre VIH y los problemas normales del envejecimiento (caídas, pérdida de capacidad cognitiva y sensorial, etc.). Como ocurre con todas las enfermedades crónicas, todos los aspectos relacionados con la calidad de vida del paciente pasará a un primer plano por lo que el tratamiento multidisciplinario será cada vez más importante subrayando la importancia del enfoque biopsicosocial (tratamiento médico y psicológico y asistencia social) a la hora de atender a estos pacientes.

#### **ACTITUDES SOCIALES FRENTE AL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA/ SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA**

Los estigmas sociales relacionados con la infección por el VIH se entretajan con las actitudes negativas preexistentes hacia los colectivos más afectados por la enfermedad (homosexuales, drogadictos). Los prejuicios y miedos relacionados con comportamientos que se consideran socialmente desviados, tales como la homosexualidad, las toxicomanías, y la prostitución contribuyen a la percepción negativa que la gente tiene del sida (Mondragon, Kirkman, Liff y Schneller, 1991). La discriminación contra las personas con infección por el VIH tiene su origen, por lo tanto, en la homo-

fobia y los prejuicios contra los drogadictos por vía intravenosa y los grupos étnicos minoritarios. Dado que las principales prácticas de riesgo son a la vez comportamientos socialmente condenados, la infección por el VIH sirve para reforzar la percepción de que el paciente es el responsable de haber contraído la enfermedad. En consecuencia, el mayor grado de condena social la sufren aquellas personas seropositivas que, según se cree, conocían los riesgos y aún así eligieron arriesgarse. Por lo tanto, las personas seropositivas son consideradas por la sociedad como sujetos pertenecientes a dos grupos: por un lado, estarían las víctimas inocentes que no conocían el riesgo que corrían y, por tanto, no pudieron hacer nada para evitar la infección (por ejemplo: bebés infectados, hemofílicos, receptores de transfusiones sanguíneas). Por otro, aquellos que son percibidos como culpables, ya que se supone que aún conociendo los riesgos no hicieron nada por evitar la infección (hombres homosexuales, drogadictos por vía intravenosa, prostitutas y heterosexuales con una vida sexual promiscua) (McDonell, 1993; De Miguel, Castilla, y Cañs, 1994). Uno y otro son tratados socialmente de forma diferente. Los estigmas sociales relacionados con la infección por el VIH y el sida son también alimentados por percepciones propias de la cultura occidental sobre la muerte y el proceso que conduce a ella. La muerte está asociada con la oscuridad, la desesperación y el desconocimiento. La marginación social de los infectados puede ser una expresión de denegación del problema (Taerk, Gallop, Lancee y otros, 1993).

La discriminación y marginación de las personas seropositivas es un elemento negativo en la lucha por el control de la epidemia, ya que estas actitudes están fuertemente asociadas con comportamientos de denegación y pasividad, lo que obstaculiza las medidas tendentes a la prevención tanto primaria como secundaria (Preciado, 1996). Los estigmas sociales que sufren son una fuente de estrés crónico. La estigmatización puede causar que las personas con VIH-sida se vuelvan resentidas, hostiles, suspicaces y retraídas. Además, contribuyen al aumento de la ansiedad, depresión y a crear recelos y desconfianza interpersonal. La amenaza de estigmatización puede llevar a la persona a no revelar su infección por el VIH eliminando el posible apoyo social y creando otra fuente de vulnerabilidad psicológica. Los estigmas internalizados también contribuyen al malestar emocional. En ocasiones, las personas con VIH ven la enfermedad como un castigo y creen que la infección por el VIH ha contaminado todos los aspectos de su vida. Moulton y otros (1987) encontraron que el grado con el que las personas atribuyen a sí mismos la causa de la infección por el VIH correlaciona positivamente con el malestar emocional (Moulton, Sweet, Temoshok y otros, 1987). En el Cuadro 15 se exponen las necesidades de las personas infectadas por el VIH en las diferentes fases de la enfermedad. Por lo tanto, es muy importante cambiar las actitudes sociales hacia el VIH y el sida, con el fin de “normalizar” esta enfermedad. Esto redundará en una mejor integración social de los pacientes, y, por lo tanto, en un aumento de su calidad de vida.

## BIBLIOGRAFÍA

Albert, S. M.; Marder, K.; Dooneief, G.; Bell, K.; Sano, M.; Todak, G. and Stern, Y. (1995). Neuropsychologic impairment in early HIV infection: a risk factor for work disability. *Archives of Neurology*, 52: 525-530.

Albert, S. M.; Weber, M.; Todak, G.; Polanco, C.; Clouse, R.; McElhiney, M.; Rabkin, J.; Stern, J. and Marder, K. (1999). An observed performance test of medication management ability in HIV: relation to neuropsychological status and medication adherence outcomes. *AIDS and Behavior*, 3 (2): 121-128.

American Academy of Neurology (1991). Nomenclature and research case definitions for neurologic manifestations of human immunodeficiency virus-type 1. (HIV-1) infection. Report of a working group of the American Academy of Neurology AIDS Task Force. *Neurology*, 41: 778-785.

An, S. F.; Giometto, B.; Scaravilli, T.; Tavolato, B.; Gray, F. and Scaravilli, F. (1996). Programmed cell death in brains of HIV-1-positive AIDS and pre-AIDS patients. *Acta Neuropathologica*, 91: 169-173.

Angrist, B.; D'Hollosy, M.; Sanfilippo, M.; Satriano, J.; Diamond, G.; Simberkoff, M. and Weinreb, H. (1992). Central nervous system stimulants as symptomatic treatments for AIDS-related neuropsychiatric impairment. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 12 (4): 268-272.

Antoni, M. H.; Cruess, D. G.; Klimas, N.; Maher, K.; Cruess, S.; Kumar, M.; Lutgendorf, S.; Ironson, G.; Schneiderman, N. and Fletcher, M. A. (2002). Stress management and immune system reconstitution in symptomatic HIV-infected gay men over time: effects of transitional naïve T cells (CD4+CD45RA+CD29+). *American Journal of Psychiatry*, 159 (1): 143-145.

Antoni, M. H.; Lutgendorf, S.; Ironson, G.; Fletcher, M. A. and Schneiderman, N. (1996). CBSM intervention effects on social support, coping, depression and immune function in symptomatic HIV-infected men. *Psychosomatic Medicine*, 58: 59., [Abstract].

Antoni, M. H.; Schneiderman, N.; Fletcher, M. A.; Goldstein, D.; Ironson, G. and LaPerriere, A. (1990). Psychoneuroimmunology and HIV-1. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58: 38-49.

Aronow, H. A.; Brew, B. J. and Price, R. W. (1988). The management of the neurological complications of HIV infection and AIDS. *AIDS*, 2 (suppl 1): s151-s159.

Arranz, P. (1994). Intervención psicológica en niños y adultos afectados de sida. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47 (2): 183-191.

Ayuso-Mateos, J. L. (1997). *Trastornos Neuropsiquiátricos en el SIDA*. Madrid: McGraw- Hill.

Baldeweg, T.; Catalán, J.; Lovett, E.; Gruzelier, J.; Riccio, M. and Hawkins, D. (1995). Long-term zidovudine reduces neurocognitive deficits in HIV-1 infection. *AIDS*, 9 (6): 589-596.

Baldeweg, T.; Hawkins, D. A. and Catalán, J. (1993). Neuropsychiatric aspects of HIV-1 in gay men: controlled investigation of psychiatric, neuropsychological and neurological status. *Journal of Psychosomatic Research*, 37 (8): 819-830.

Becker, J. T.; Martin, A. and López, O. L. (1994). The dementias and aids. In: Grant, I., Martin, A. (Eds). *Neuropsychology of HIV Infection*. New York, Oxford University Press: 146-160.

Becker, J. T.; Sánchez, J.; Dew, M. A.; López, O. L.; Dorst, S. K. and Banks, G. (1997). Neuropsychological abnormalities among HIV-infected individuals in a community-based sample. *Neuropsychology*, 11 (4): 592-601.

Bell, J. E. (1998). The neuropathology of adult HIV infection. *Revue neurologique (Paris)*, 154 (12): 816-829.

Bell, J. E.; Brettle, R. P.; Chiswick, A. and Simmonds, P. (1998). HIV encephalitis, proviral load and dementia in drug users and homosexuals with aids. Effect of neocortical involvement. *Brain*, 121: 2043-2052.

Bell, J. E.; Donaldson, Y. K.; Lowrie, S.; McKenzie, C. A.; Elton, R. A.; Chiswick, A.; Brettle, R. P.; Ironside, J. W. and Simmonds, P. (1996). Influence of risk group and zidovudine therapy on the development of HIV encephalitis and cognitive impairment in AIDS patients. *AIDS*, 10 (5): 493-499.

Blomkvist, V.; Theorell, T.; Jonsson, H.; Schulman, S.; Berntorp, E. and Stiegendal, L. (1994). Psychosocial self-prognosis in relation to mortality and morbidity in hemophiliacs with HIV infection. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 62: 185-192.

Bornstein, R. A. (1994). Methodological and conceptual issues in the study of cognitive change in HIV infection. In: Grant, I., Martin, A. (Eds). *Neuropsychology of HIV Infection*. New York, Oxford University Press: 146-160.

Bornstein, R. A.; Nasrallah, H. A.; Para, F. M.; Whitacre, C. C.; Rosenberger, P.; Fass, R. J. and Rice, R. (1992). Neuropsychological performance in asymptomatic HIV infection. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 4 (4): 386-394.

Bornstein, R. A.; Nasrallah, H. A.; Para, M. F.; Fass, R. J.; Whitacre, C. C. and Rice, R. R. (1991). Rate of CD4 decline and neuropsychological performance in HIV infection. *Archives of Neurology*, 48: 704-707.

Bower, J. E.; Kemeny, M. E.; Taylor, S. E. and Fahey, J. L. (1998). Cognitive processing, discovery of meaning, CD4 decline, and AIDS-related mortality among bereaved HIV-seropositive men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(6): 979-986.

Brew, B. J. (1998). Neurological efficacy of stavudine, zidovudine and lamivudine. *Lancet*, 351 (9115): 1547-1551.

Brew, B. J.; Dunbar, N.; Druett, J.; Freund, J. and Ward, P. (1996). Pilot study of the efficacy of atevirdine in the treatment of AIDS dementia complex. *AIDS*, 10 (12): 1357-1360.

Brew, B. J.; Pemberton, L.; Cunningham, P. And Law, M. G. (1997). Levels of human immunodeficiency virus type 1 RNA in cerebrospinal fluid correlate with aids dementia stage. *Journal of Infectious Disease*, 175 (4): 963-966.

Bridge, T. P.; Heseltine, P. N. R.; Parker, E. S.; Eaton, E.; Ingraham, L. J.; McGrail, M. L.; and Goodwin, F. K. (1991). Results of extended peptide T administration in aids and ARC patients. *Psychopharmacology Bulletin*, 27: 237-245.

Bridge, T. P.; Heseltine, P. N. R.; Parker, E. S.; Eaton, E.; Ingraham, L. J.; Gill, M.; Ruff, M.; Pert, C. B. and Goodwin, F. K. (1989). Improvement in aids patients on peptide T. *Lancet*, 2: 226-227.

Brouwers, P.; Hendricks, M.; Lietzau, A.; Pluda, J. M.; Mitsuya, H.; Broder, S. and Yarchoan, R. (1997). Effect of combination therapy with zidovudine and didanosine on neuropsychological functioning in patients with symptomatic HIV disease: a comparison of simultaneous and alternating regimens. *AIDS*, 11 (1): 59-66.

Brown, G. R. (1995). The use of methylphenidate for cognitive decline associated with HIV disease. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 25: 21-37.

Burack, J. H.; Barrett, D. C.; Stall, R. D.; Chesney, M. A.; Ekstrand, M. L. and Coates, T. J. (1993). Depressive symptoms and CD4 lymphocyte decline among HIV-infected men. *Journal of the American Medical Association* 270 (21): 2568-2573.

Caballo, G. Buena-Casal and J.A. Carrobes (Dirs) (1995). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos* (vol.1, pp. 205-253). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.

Catalán J. and Burgess, A. (1996). HIV-associated dementia and related disorders. *International Review of Psychiatry*, 8 (2-3): 237-243.

Catalán, J.; Burgess, A. and Klimes, Y. (1995). *Psychological medicine of HIV infection*. Londres: Oxford Medical Publications.

Catalán, J.; Burgess, A. and Klimes, Y. (1995). *Psychological medicine of HIV infection*. Londres: Oxford Medical Publications.

Catalán, J.; Gath, D. H.; Anastasiades, P.; Bond, S. A. K.; Day, A. and Haal, L. (1991). Evaluation of a brief psychological treatment for emotional disorders in primary care. *Psychological Medicine*, 21: 1013-1018.

Catania, J. A.; Turner, H. A.; Choi, K-H. and Coates, T. J. (1992). Coping with death anxiety: help-seeking and social support among gay men with various HIV diagnoses. *AIDS*, 6 (9): 999-1005.

Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III (2003). Vigilancia epidemiológica del VIH en España. <http://cne.isciii.es>

Chan, I.; Kong, P.; Leung, P.; Au, A.; Li, P.; Chung, R.; Po, L. M. and Yu, P. (2005). Cognitive-behavioral group program for Chinese heterosexual HIV-infected men in Hong Kong. *Patient Education and Counselling*, 56 (1): 78-84.

Chesney, M. A.; Folkman, S. and Chambers, D. (1996). The impact of a cognitive-behavioral intervention for coping with HIV disease. *Psychosomatic Medicine*, 58: 59., [Abstract].

Chippindale, S. and French, L. (2001). ABC of AIDS: HIV counselling and the psychological management of patients with HIV or AIDS. *British Medical Journal*, 322: 1533-1535.

Cohen, R. A.; Boland, R.; Paul, R.; Tashima, K. T.; Schoenbaum, E. E.; Celentano, D. D.; Schuman, P.; Smith, D. K. and Carpenter, C. C. J. (2001). Neurocognitive per-

fomance enhanced by highly active antiretroviral therapy in HIV-infected women. *AIDS*, 15 (3): 341-345.

Cole, S.; Kemeny, M.; Taylor, S. E. and Visscher, B. (1996). Elevated physical health risk among gay men who conceal their homosexual identity. *Health Psychology*, 15: 243-251.

Cole, S.; Keneney, M. E.; Taylor, S. E.; Visscher, B. and Fahey, J. L. (1996). Accelerated course of human immunodeficiency virus infection in gay men who conceal their homosexual identity. *Psychosomatic Medicine*, 58: 219-231.

Cole, S. W.; Kemeny, M. E. and Taylor, S. E. (1997). Social identify and pshysical health: accerelated HIV progression in rejection-sensitive gay men. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72 (2): 320-335.

Cruess, D. G.; Antoni, M. H.; Schneiderman, N.; Ironson, G.; McCabe, P.; Fernández, J. B.; Cruess, S. E.; Klimas, N. and Kuber, M. (2000). Cognitive-behavioral stress management increases free testosterone and decreases psychological distress in HIV-seropositive men. *Health Psychology*, 19 (1): 12-20.

Dana Consortium on the therapy of HIV dementia and related cognitive disorders. (1996). Clinical confirmation of the American Academy of Neurology algorithm for HIV-1-associated cognitive/motor disorder. *Neurology*, 47: 1247-1253.

Dana Consortium on the therapy of HIV dementia and related cognitive disorders. (1997). Safety and tolerability of the antioxidant OPC-14117 in HIV - associated cognitive impairment. *Neurology*, 49: 142-146.

Dana Consortium on the therapy of HIV dementia and related cognitive disorders. (1998). A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of deprenyl and thioctic acid in human immunodeficiency virus-associated cognitive impairment. *Neurology*, 50: 645-651.

De Miguel, J.; Castilla, E. and Cañs, J. (1994). Sociología contra el SIDA. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47 (2): 129-140.

Del Campo, M.; Bello, E. and Granollers, S. (1995). Cuidados a un enfermo con sida en fase terminal. Interrelación familia y enfermera de hospital y de atención primaria. *Enfermería Clínica*, 5 (5): 221-226.

Dezube, B. J. and Lederman, M. M. (1995). Pentoxifyline for treatment of HIV infection and its complications. *Journal of Cardiovascular Pharmacology*, 25: suppl. 2: S139-142.

Dirección General de Instituciones Penitenciarias (2003). Informe General del año 2003. Ministerio del Interior.

Di Stefano, M.; Monno, L.; Fiore, J. R.; Buccoliero, G.; Appice, A.; Perulli, L. M.; Pastore, G. and Angarano, G. (1998). Neurological disorders during HIV-1 infection correlate with viral load in cerebrospinal fluid but not with virus phenotype. *AIDS*, 12 (7): 737-743.

Dore, G. J.; Correll, P. K.; Li, Y.; Kaldor, J. M.; Cooper, D. A. and Brew, B. J. (1999). Changes to AIDS dementia complex in the era of highly active antirretroviral therapy. *AIDS*, 13 (10): 1249-1253.

Dorfman, D.; DiRocco, A.; Simpson, D.; Tagliati, M.; Tanners, L. and Moise, J. (1997). Oral methionine may improve neuropsychological function in patients with aids myelopathy: results of an open-label trial. *AIDS*, 11 (8): 1066-1067.

Dray-Spyra, R., Gueguen, A.; Persoz, A.; Deveau, C.; Iert, F.; Delfraissy, J. F. ; Meyer, L. and the PRIMO cohort study group. *Journal Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 40 (2): 190-197.

Egan, V.; Brett, R. P. and Goodwin, G. M. (1992). The Edinburgh cohort of HIV-positive drug users: pattern of cognitive impairment in relation to progression of disease. *British Journal of Psychiatry*, 161: 522-531.

Ellis, R. J.; Hsia, K.; Spector, S. A.; Nelson, J. A.; Heaton, R. K.; Wallace, M. R.; Abramson, I.; Atkinson, H.; Grant, I.; McCutchan, A. and the HIV Neurobehavioral Research Center Group. (1997). Cerebrospinal fluid human immunodeficiency virus type 1 RNA levels are elevated in neurocognitively impaired individuals with acquired immunodeficiency syndrome. *Annals of Neurology*, 42, (5), pp. 679-688.

Espada, J. P. and Quiles, M. J. (2002). *Prevenir el sida*. Madrid: ediciones Pirámide.

Evans, D. L.; Leserman, J.; Perkins, D. O.; Stern, R. A.; Murphy, C.; Tamul, K.; Liao, D.; van der Horst, C. M.; Hall, C. D.; Folds, J. D.; Golden, R. N. and Petito, J. M. (1995). Stress-associated reductions of cytotoxic T lymphocytes and natural killer cells in asymptomatic HIV infection. *American Journal of Psychiatry*, 152: 543-550.

Evans, D. L.; Leserman, J.; Perkins, D. O.; Stern, R. A.; Murphy, C.; Zheng, B.; Gettes, D.; Longmate, J. A.; Silva, S. G.; van der Horst, C. M.; Hall, C. D.; Folds, J. D.; Golden, R. N. and Petitto, J. M. (1997). Severe life stress as a predictor of early disease progression in HIV infection. *American Journal of Psychiatry*, 154 (5): 630-634.

Everall, I. P. (1995). Neuropsychiatric aspects of HIV infection. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 58: 399-402.

Fernández, F. and Levy, J. K. (1990). Adjuvant treatment of HIV dementia with psychoestimulants. En Ostrow, D. G. (ed.). Behavioral aspects of aids. (pp.279-285). New York:Plenum Press.

Fernández, F.; Adams, F.; Levy, J. K.; Holmes, V. F.; Neidhart, M. and Mansell, P. W. A. (1988). Cognitive impairment due to aids-related complex and its response to psychostimulants. *Psychosomatics*, 29: 38-46.

Ferrando, S. J.; Rabkin, J. G.; van Gorp, W.; Lin, S-H. and McElhiney, M. (2003). Longitudinal improvement in psychomotor processing speed is associated with potent combination antiretroviral therapy in HIV-1 infection. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 15 (2): 208-214.

Ferrando, S.; van Gorp, W.; McElhiney, M.; Goggin, K.; Sewell, M. and Rabkin, J. (1998). Highly active antiretroviral treatment in HIV infection: benefits for neuropsychological function. *AIDS*, 12 (8): F65-F70.

Filippi, C. G.; Sze, G.; Farber, S. J.; Shahmanesh, M. and Selwyn, P. A. (1998). Regression of HIV encephalopathy and basal ganglia signal intensity abnormality at MR imaging in patients with aids after the initiation of protease inhibitor therapy. *Neuroradiology*, 206: 491-498.

Fleishman, J. A.; Sherbourne, D., C.; Crystal, S.; Collins, R. L.; Marshall, G. N.; Kelly, M.; Bozzette, S. A.; Shapiro, M. F. and Hays, R. D. (2000). Coping, conflictual social interactions, social support, and mood among HIV-infected persons. *American Journal of Community Psychology*, 28 (4): 421-453.

Galgani, S.; Balestra, P.; Narciso, P.; Tozzi, V.; Sette, P.; Pau, F. and Visco, G. (1997). Nidodipine plus zidovudine versus zidovudine alone in the treatment of HIV-1-associated cognitive deficits. *AIDS*, 11 (12): 1520-1521.

García Huete, E. (1991). Alteraciones emocionales en el SIDA. Intervención. *Cuadernos de Salud*, 2: 97-117.

García Huete, E. (1993). Sida. Apoyos en el entorno personal, familiar y laboral. Madrid: Eudema.

Golub, E. T.; Astemborski, J. A.; Hoover, D. R.; Anthony, J. C.; Vlahov, D. and Strathdee, S. A. (2003). Psychological distress and progression to aids in a cohort of injection drug users. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 32: 429-434.

Grant, I. and Atkinson, J. H. (1990). The evolution of neurobehavioural complications of HIV infection. *Psychological Medicine*, 20: 747-754.

Grant, I.; Heaton, R. K.; Atkinson, J. H. and the HNRC group (1995). Neurocognitive disorders in HIV-1 infection. In M. B. A. Oldstone and L. Vitkovic (eds.). In HIV and dementia. *Current topics in Microbiology and Immunology*, 202: 11-31.

Griffin, K. W.; Rabkin, J. G.; Remien, R. H. and Williams, J. B. W. (1998). Disease severity, physical limitations and depression in HIV-infected men. *Journal of Psychosomatic Research*, 44 (2): 219-227.

Guthrie, B.; Creed, F.; Dawson, D. and Tomenson, B. (1993). A randomized controlled trial of psychotherapy in patients with refractory irritable bowel syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 163: 315-321.

Harrer, T.; Harrer, E.; Kalams, S. A.; Elbeik, T.; Staprans, S. I.; Feinberg, M. B.; Cao, Y.; Ho, D.; Yilma, T.; Caliendo, A. M.; Johnson, R. P.; Buchbinder, S. P. and Walker, B. D. (1996). Strong cytotoxic T cell and weak neutralizing antibody responses in a subset of persons with stable nonprogressing HIV type 1 infection. *Aids Research and Human Retroviruses*, 12 (7): 585-592.

Heaton, R. K.; Grant, I.; Butters, N.; White, D. A.; Kirson, D.; Atkinson, J. H.; McCutchan, J. A.; Taylor, M. J.; Kelly, M. D.; Ellis, R. J.; Wolfson, T.; Velin, R.; Marcotte, T. D.; Hessellink, J. R.; Jernigan, T. L.; Chandler, J.; Wallace, M.; Abramson, I. and the HNRC Group. (1995). The HNRC 500 - Neuropsychology of HIV infection at different disease stages. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 1: 231 - 251.

Heaton, R. K.; Velin, R. A.; McCutchan, A. J.; Gulevich, S. J.; Atkinson, J. H.; Wallace, M. R.; Godfrey, H. P. D.; Kirson, D. A.; Grant, Y. and the HNRC Group. (1994). Neuropsychological impairment in human immunodeficiency virus-infection: implications for employment. *Psychosomatic Medicine*, 56: 8-17.



Hebrero, A. (1994). Aspectos psicológicos del SIDA en el complejo penitenciario femenino de Yserías. *Séptimas Jornadas Penitenciarias Andaluzas*. Junta de Andalucía.

Herbst, J. H.; Sherba, T.; Crepaz, N.; DeLuca, J. B.; Zohrabayan, L.; Stall, R. D. and Lyles, C. M. (2005). A Meta-Analytic review of HIV behavioral interventions for reducing sexual risk behavior of men who have sex with men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 39 (2): 228-241.

Heseltine, P. N. R.; Goodkin, K.; Atkinson, J. H.; Vitiello, B.; Rochon, J.; Heaton, E. M.; Wilkie, F. L.; Sobel, E.; Brown, S. J.; Feaster, D.; Schneider, L.; Goldschmidts, W. L. and Stover, E. S. (1998). Randomized double-blind placebo-controlled trial of peptide T for HIV-associated cognitive impairment. *Archives of Neurology*, 55: 41-51.

Hinkin, C. H.; Castellón, S. A. y Hardy, D. J.; Farinpour, R.; Newton, T. and Singer, E. (2001). Methylphenidate improves HIV-1-associated cognitive slowing. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 13: 248-254.

Hinkin, C. H.; Castellón, S. A.; Atkinson, J. H. and Goodkin, K. (2001). Neuropsychiatric aspects of HIV infection among older adults. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54: s44-s52.

Indyk, D.; Belville, R.; Lachapelle, S. S.; Gordon, G. and Dewart, T. (1993). A community-based approach to HIV case management: systematizing the unmanageable. *Social Work*, 38 (4): 380-387.

Janssen, R. S.; Saykin, A. J.; Kaplan, J. E.; Cannon, L.; Pinsky, P.; Campbell, J.; Hessol, N.; O'Malley, P.; Lifson, A. and Doll, L. (1988). Neurologic complications of HIV infection in a cohort of homosexual men: association with ARC but not with asymptomatic infection. *Fourth International Conference on AIDS (Stockholm)*, abstract n.º 8554.

Jellinger, K. A.; Setinek, U.; Drlicek, M.; Böhm, G.; Steurer, A. and Lintner, F. (2000). Neuropathology and general autopsy findings in aids during the last 15 years. *Acta Neuropathologica*, 100: 213-220.

Kalichman, S. C. (1998). Preventing aids. A sourcebook for behavioral interventions. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Kaplan, R. M.; Anderson, J. P.; Patterson, T. L.; McCutchan, J. A.; Weinrich, J. D.; Heaton, R. K.; Atkinson, J. H.; Thal, L.; Chandler, J.; Grant, I. and the HNRC Group. (1995). Validity of the quality of Well-Being Scale for persons with human immunodeficiency virus infection. *Psychosomatic Medicine*, 57: 138-147.

Karlsen, N. R.; Reinvang, I. and Froland, S. S. (1995). A follow-up study of neuropsychological functioning in AIDS-patients. Prognostic significance and effect of zidovudine therapy. *Acta Neurologica Scandinavica*, 91 (3): 215-221.

Kelly, M. D.; Grant, I.; Heaton, Marcotte, T. M. and the HNRC Group (1996). Neuropsychological findings in HIV infection and AIDS. En I. Grant y K. M. Adams (eds). *Neuropsychological Assesment of Neuropsychiatric disorders* (pp. 403-422). Oxford: Oxford University Press.

Kemeny, M. (2003). An interdisciplinary research model to investigate psychocial cofactors in disease: Application to HIV-1 pathogenesis. *Brain, Behavior and Immunity*, 17: s62-s72.

Kemeny, M. E.; Fahey, J. L.; Schneider, S.; Taylor, S. E.; Weiner, H. and Visscher, B. (1989). Psychosocial cofactors in HIV infection: association among bereavement depression and immunity in HIV+ and HIV- homosexual men. *Psychosomatic Medicine*, 51: 244-266.

Kiecolt-Glaser, J. K. and Glaser, R. (1988). Psychological influences on immunity: implications for AIDS *American Psychologist*, 43 (11): 892-898.

Kim, D. H.; Jewinson, D. L.; Milner, G. R.; Rourke, S. B.; Gill, M. J. and Power, C. (2001). Neurocognitive symptoms and impairment in an HIV community clinic. *The Canadian Journal of Neurological Sciences*, 28 (3): 228-231.

Koh, K. B. (1998). Emotion and immunity. *Journal of Psychosomatic Research*, 45 (2): 107-115.

Lechner, S. C.; Antoni, M. H.; Lydston, D.; LaPerriere, A.; Ishii, M.; Devieux, J.; Stanley, H.; Ironson, G.; Schneiderman, N.; Brondolo, E.; Tobin, J. N. and Weiss, S. (2003). Cognitive-behavioural interventions improve quality of life in women with aids. *Journal of Psychosomatic Research*, 54: 253-261.

Leserman, J., Petito, J. M.; Golden, R. N.; Gaynes, B. N.; Gu, H.; Perkins, D. O.; Silva, D. O.; Silva, S. G.; Folds, S. G. and Evans, D. L. (2000). Impact of stressful life events, depression, social support, coping, and cortisol on progression to aids. *American Journal Psychiatry*, 157: 1221-1228.

Leserman, J.; Jackson, E. D.; Petitto, J. M.; Golden, R. N.; Silva, S. G. and Perkins, D. O. (1999). Progression to aids: The effects of stress, depressive symptoms, and social support. *Psychosomatic Medicine*, 61: 397-406.

Letendre, S.; Ellis, R.; Heaton, R. K.; Atkinson, J. K.; Nelson, J.; Grant, I. and McCuthan, J. A. (1998). Change in CSF RNA level correlates with effects of antiretroviral therapy on HIV-1 associated neurocognitive disorder. *Journal of Neurovirology*, 4: 357 [Abstract].

Llorente, A. M.; Van Gorp, W.; Stern, M. J.; George, L.; Satz, P.; Marcotte, T. D.; Calvillo, G. M. and Hinkin, C. H. (2001). Long-term effects of high-dose zidovudine treatment on neuropsychological performance in mildly symptomatic HIV-positive patients: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled investigation. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 7: 27-32.

Lyketsos, C. G., Hanson, A. L.; Fishman, M.; Roseblatt, A.; McHugh, P. R. and Treisman, G. J. (1993). Maniac syndrome early and late in the course of HIV. *American Journal of Psychiatry*, 150 (2): 326-327.

Marcotte, T. D.; Heaton, R. K.; Wolfson, T.; Taylor, M. J.; Alhassoon, O.; Arfaa, K.; Grant, I. and The HNRC Group. (1999). The impact of HIV-related neuropsychological dysfunction on driving behavior. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 5: 579-592.

Markowitz, J. C.; Kocsis, J. H.; Fishman, B.; Spielman, L. A.; Jacobsberg, L. B.; Frances, A. J.; Klerman, G. L. and Perry, S. W. (1998). Treatment of depressive symptoms in HIV positive patients. *Archives of General Psychiatry*, 55 (5): 452-457.

Markowitz, J.; Klerman, G. and Perry, S. (1992). Interpersonal psychotherapy of depressed HIV-positive outpatients. *Hospital and Community Psychiatry*, 43: 885-890.

Markowitz, J.; Klerman, G. L.; Clougherty, K. F.; Spielman, L. A.; Jacobsberg, L. B.; Fishman, B.; Frances, A. J.; Kocsis, J. H. and Perry, S. W. (1995). Individual psychotherapies for depressed HIV-positive patients. *American Journal of Psychiatry*, 152 (10): 1504-1509.

Martin, A. and Grant, I. (1994). Epilogue: neuropsychological investigations: the challenge of HIV. En Grant, I. y Martin, A. (Ed.). *Neuropsychology of HIV infection*. Oxford University Press, pp. 359-365.

McArthur, J. C.; Hoover, D. R.; Bacellar, H.; Miller, E. N.; Cohen, B. A.; Becker, J. T.; Graham, N. H. M.; McArthur, J. H.; Selnes, O. A.; Jacobson, L. P.; Visscher, B. R.; Concha, M. and Suach, A. (1993). Dementia in AIDS patients: incidence and risk factors. *Neurology*, 43: 2245-2252.

McArthur, J. C.; McClernon, D. R.; Cronis, M. F.; Nance-Sproson, T. E.; Saah, A. J.; St Clair, M. and Lanier, E. R. (1997). Relationship between human immunodeficiency virus-associated dementia and viral load in cerebrospinal fluid and brain. *Annals of Neurology*, 42: 689-698.

McDonell, J. R. (1993). Judgments of personal responsibility for HIV infection: An attributional analysis. *Social Work*, 38 (4): 403-410.

Meehan, R. A. and Brush, J. A. (2001). An overview of aids dementia complex. *American Journal al Alzheimer's disease and other dementias*, 16 (4): 225-229.

Miller, D. (1988). Asesoramiento e intervención psicosocial. En Adler, M. W. *ABC del SIDA*, pp. 39-43. Barcelona: Ancora.

Milton, M. (1994). The case for existencial therapy in HIV-related psychotherapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 7: 367-374.

Mondragón, D.; Kirkman,-Liff, B. and Schneller, E. S. (1991). Hostility to people with aids: risk perception and demographic factors. *Society of Science and Medicine*, 32: 1137-1142.

Moulton, J. M.; Sweet, D. M.; Temoshok, L. And Mandel, J. S. (1987). Attribution of blame and responsibility in relation to distress and health behavior change in people with aids and aids-related complex. *Journal of Applied Social Psychology*, 17: 493-506.

Mulder, C. L.; Antoni, M. H.; Dulvenvoorden, H. J. et al. (1995). Active confrontational coping predict decreased clinical progression over a one-year period in HIV-infected homosexual men. *Journal of Psychosomatic Research*, 39: 957-965.

Mulder, C. L.; de Vroome, E. M. M.; van Griensven, G. J. P.; Antoni, M. H. and Sandfort, T. G. M. (1999). Avoidance as a predictor of the biological course of HIV infection over a 7-year period in gay men. *Health Psychology*, 18 (2): 107-113.

Myers, J. J.; Steward, W. T.; Charlebois, E.; Koester, K. A.; Maiorana, A. And Morin, S. F. (2004). Written clinic prodedures enhance delivery of HIV "prevention with positives" counseling in primary health care settigs. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 37 (spp1.2): s95-s100.

Navia, B. A.; Dafni, U.; Simpson, D.; Tucker, T.; Singer, E.; McArthur, J. C.; Yiannoutsos, C.; Zaborski, L.; Lipton, S. A. and the AIDS Clinical Trial Group.

(1998). A phase I/II trial of nimodipine for HIV- related neurologic complications. *Neurology*, 51: 221-228.

O'Cleirigh, C.; Ironson, G.; Antoni, M.; Fletcher, M. A.; McGuffey, L.; Balbin, E.; Schneiderman, N. and Solomon, G. (2003). Emotional expression and depth processing of trauma and their relation to long-term survival in patients with HIV/aids. *Journal of Psychosomatic Research*, 54: 225-235.

ONUSIDA (2004). Informe sobre la epidemia mundial de sida. Cuarto informe mundial. Ginebra: Suiza.

Perdices, M. and Cooper, D. A. (1989). Simple and choice reaction time on patients with human immunodeficiency virus infection. *Annals of Neurology*, 25 (5): 460-467.

Perry, S. W. (1990). Organic mental disorders caused by HIV: update on early diagnosis and treatment. *American Journal of Psychiatry*, 147 (6): 696-710.

Perry, S. W. and Markowitz, J. C. (1988). Counselling for HIV testing. *Hospital and Community Psychiatry*, 39 (7): 731-739.

Perry, S.; Fishman, B.; Jacobsberg, L.; Young, J. and Frances, A. (1991). Effectiveness of psychoeducational interventions in reducing emotional distress after human immunodeficiency virus antibody testing. *Archives of General Psychiatry*, 48: 143-147.

Pessin, H.; Rosenfeld, B.; Burton, L. and Breitbart, W. (2003). The role of cognitive impairment in desire for hastened death: a study of patients with advanced aids. *General Hospital Psychiatry*, 25: 194-199.

Petito, C. K.; Cho, E. S.; Lemann, W.; Navia, B. A. and Price, R. W. (1986). Neuropathology of acquired immunodeficiency syndrome (AIDS): an autopsy review. *Journal of Neuropathology and Experimental Neurology*, 6: 636-646.

Portegies, P.; De Gans, J.; Lange, J. M. A.; Derix, M. M. A.; Speelman, H.; Bakker, M.; Danner, S. A. and Goudsmit, J. (1989). Declining incidence of AIDS dementia complex after introduction of zidovudine treatment. *British Medical Journal*, 299: 819-821.

Portegies, P. (1994). Aids dementia complex: A review. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 7 (suppl. 2): S38-S49.

Poutiainen, E.; Livanainen, M.; Elovaara, S.-L. y Lähdevirta, J. (1988). Cognitive changes as early signs of HIV infection. *Acta Neurologica Scandinavica*, 78: 49-52.

Preciado, J. (1996). Aspectos Conductuales del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). En V. E. Caballo, G. Buena-Casal y J. A. Carrobbles (Dirs.). *Manual de Psicopatología y Trastornos Psiquiátricos* (Vol. 2, pp. 480- 503). Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores.

Price, R. W. and Brew, B. J. (1988). The AIDS Dementia Complex. *The Journal of Infectious Diseases*, 158 (5): 1079-1083.

Price, R. W.; Sidtis, J. and Rosenblum, M. (1988). The aids dementia complex: some current questions. *Annals of Neurology*, 23 (supl): S27-S33.

Pugh, K.; Riccio, M.; Jadresic, D.; Burgess, A. P.; Baldeweg, T.; Catalán, J.; Lovett, E.; Hawkins, D. A.; Gruzelić, J. and Thompson, C. (1994). A longitudinal study of the neu-

ropsychiatric consequences of HIV-1 infection in gay men, II: psychological and health status at baseline and at 12-month follow-up. *Psychological Medicine*, 24: 897-904.

Rabkin, J. C.; Ferrando, S. J.; van Gorp, W. V.; Rieppi, R.; McElhiney, M. and Sewell, M. (2000). Relationships among apathy, depression, and cognitive impairment in HIV/aids. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 12: 451-457.

Rabkin, J.; Williams, J. B. W.; Remien, R. H.; Goetz, R.; Kertzner, R. and Gorman, J. M. (1991). Depression, distress, lymphocyte subsets, and human immunodeficiency virus symptoms on two occasions in HIV - positive homosexual men. *Archives of General Psychiatry*, 48, pp. 111-119.

Reed, G. M.; Kemeny, M. E.; Taylor, S. E. and Visscher, B. R. (1999). Negative HIV-specific expectancies and aids-related bereavement as predictors of symptom onset in asymptomatic HIV positive gay men. *Health Psychology*, 18: 354-363.

Reed, G. M.; Kemeny, M. E.; Taylor, S. E.; Wang, H-Y. J. and Visscher, B. R. (1994). Realistic acceptance as a predictor of decreased survival time in gay men with AIDS. *Health Psychology*, 12: 299-301.

Reicks, C. J.; Moore, D. J.; Dawson, L. K.; Marcotte, T. D.; Heaton, R. K.; Grant, I. and HNRC Group (1999). Neuropsychological performance predicts everyday functioning in HIV+ individuals [abstract]. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 5: 155.

Reinvang, I.; Froland, S. S.; Karlsen, N. R. and Lundervold, A. J. (1991). Only temporary improvement impaired neuropsychological function in AIDS patients treated with zidovudine. *AIDS*, 5 (2): 228-229.

Richardson, J. L.; Martin, E. M.; Jiménez, N.; Danley, K.; Cohen, M.; Carson, V. L.; Sinclair, B.; Racenstein, J. M.; Reed, R. A. and Levine, A. M. (2002). Neuropsychological functioning in a cohort of HIV infected women: importance of anti-retroviral therapy. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 8: 781-793.

Risser, A. H.; des Hamsher, K. and Gilson, I. (1990). Neurobehavioral features of VIH infection: 2. Zidovudine (AZT) therapy and follow-up evaluation. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 12 (1): 72 [Abstract].

Rutherford, G. W.; Lifson, A. R. and Hesso, N A. (1990). Course of HIV-1 infection in al cohort of homosexual and bisexual men: an 11 year follow-up study. *British Medical Journal*, 301: 1183-1188.

Sackor, N. C.; Lyles, R. H.; Skolasky, R. L.; Anderson, D. E.; McArthur, J. C.; McFarlane, G.; Selnes, O. A.; Becker, J. T.; Cohen, B.; Wesch, J. and Miller, E. N. for the MACS (1999). Combination antiretroviral therapy improves psychomotor speed performance in HIV-seropositive homosexual men. *Neurology*, 52: 1640-1647.

Sacktor, N.; Lyles, R. H.; Skolasky, R.; Kleeberger, C.; Selnes, O. A.; Miller, E. N.; Becker, J. T.; Cohen, B.; McArthur, J. C. and the MACS (2001). HIV-1 associated neurologic disease incidence changes: multicenter aids cohort study, 1990-1998. *Neurology*, 56: 257-260.

Sacktor, N.; Schifitto, G.; McDermott, M. P.; Marder, K.; McArthur, J. C. and Kiebertz, K. (2000). Transdermal selegiline in HIV-associated cognitive impairment: Pilot, placebo-controlled study. *Neurology*, 54: 233-235.

Salvador, L.; Lluch, J. y Ayuso Mateos, J. L. (1995). Aspectos neurológicos y psiquiátricos del sida. En Cadafalch, J.; Casas, M.; Gutiérrez, M. y San, L. (Coord.). *SIDA y drogodependencias*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.

Sánchez, F. y Blanco, A. (1994). Categorización social y discriminación en el caso del sida. En Valenciano, L. y Usieto, R. Sida. *Avances en el Tratamiento Médico y Psicosocial*. Madrid: Centro de Estudios Sociales Aplicados (Cesa).

Santo Domingo, J. (1998). Asistencia al enfermo terminal: cuidados paliativos. En García-Camba, E. *Psiquiatría y SIDA*. Barcelona: Masson, S. A.

Satz, P. (1993). Brain reserve capacity on symptom onset after brain injury: A formulation and review of evidence for threshold theory. *Neuropsychology*, 7, (3): 273-295.

Scheiderman, N.; Antoni, N. H. and Ironson, G. (1997). Cognitive behavioral stress management and secondary prevention in HIV/aids. *Psychology and AIDS Exchange*, 22: 1-8.

Schmitt, F. A.; Bigley, J. W.; McKinnis, R.; Logue, P. E.; Evans, R. W.; Drucker, J. L. and the AZT collaborative working group. (1988). Neuropsychological outcome of zidovudine (AZT) treatment of patients with AIDS and AIDS-related complex. *The New England Journal of Medicine*, 319 (24): 1573-1578.

Schneiderman, N.; Antoni, M. H.; Saab, P. G. and Ironson, G. (2001). Health psychology: psychosocial and biobehavioural aspects of chronic disease management. *Annual Review of Psychology*, 52: 555-580.

Schneiderman, N.; Antoni, M. H.; Saab, P. G. and Ironson, G. (2001). Health psychology: psychosocial and biobehavioural aspects of chronic disease management. *Annual Review of Psychology*, 52: 555-580.

Seegerstrom, S. C.; Taylor, S. E.; Kemeny, M. E.; Reed, G. M. and Visscher, B. R. (1996). Causal attributions predict rate of immune decline in HIV-seropositive gay men. *Health Psychology*, 15 (6): 485-493.

Serovich, J. M.; Brucker, P. S. and Kimberly, J. A. (2000). Barriers to social support for persons living with HIV/aids. *Aids Care*, 12 (5): 651-662.

Shor-Posner, G.; Morgan, R.; Wilkie, F.; Eisdorfer, C. and Baum, M. K. (1995). Plasma cobalamin levels affect information processing speed in a longitudinal study of HIV-1 disease. *Archives of Neurology*, 52: 195-198.

Sidtis, J. J. and Price, R. W. (1990). Early HIV-1 infection and the AIDS dementia complex. *Neurology*, 40: 323-326.

Sidtis, J. J.; Gatsonis, C.; Price, R. W.; Singer, E. J.; Collier, A. C.; Richman, D. D.; Hirsch, M. S.; Schaerf, F. W.; Fischl, M. A.; Kiebertz, K.; Simpson, D.; Koch, M. A.; Feinberg, J.; Dafni, U. and the AIDS Clinical Trials Group. (1993). Zidovudine treatment of the AIDS dementia complex: results of a placebo-controlled trial. *Annals of Neurology*, 33 (4): 343-349.

Sikkema, K. J.; Kalichman, S. C.; Hoffmann, R.; Koob, J. J.; Kelly, J. A. and Heckman, T. G. (2000). Coping strategies and emotional wellbeing among HIV-infected men and women experiencing aids-related bereavement. *Aids Care*, 12 (5): 613-624.

Sikkema, K. J.; Kochman, A.; Di Francesco, W.; Kelly, J. A. and Hoffmann, R. G. (2003). AIDS-related grief and coping with loss among HIV-positive men and women. *Journal of Behavioral Medicine*, 26 (2): 165-181.

Solano, L.; Costa, M.; Salvati, S.; Coda, R.; Aiuti, F.; Mezzaroma, I. and Bertini, M. (1993). Psychosocial factors and clinical evolution in HIV-1 infection: a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 37 (1): 39-51.

Spanier, J. A.; Howden, C. W. and Jones, M. P. (2003). A systematic review of alternative therapies in the irritable bowel syndrome. *Archives of Internal Medicine*, 163 (3): 265- 274.

Springer, C. A. and Lease, S. H. (2000). The impact of multiple aids-related bereavement in the gay male population. *Journal of Counselling and Development*, 78: 297-304.

Stankoff, B.; Tourbah, A.; Suárez, S.; Turell, E.; Stievenart, J. L.; Payan, C.; Coutellier, a.; Herson, S.; Baril, L.; Bricaire, F.; Calvez, V.; Cabanis, E. A.; Lacomblez, L. and Lubetzki, C. (2001). Clinical and spectroscopic improvement in HIV-associated cognitive impairment. *Neurology*, 56: 112-115.

Stern, Y.; Marder, K.; Bell, K.; Chen, J.; Dooneief, G.; Goldstein, S.; Mindry, D.; Richard, M.; Sano, M.; Williams, J.; Gorman, J.; Ehrhardt, A. and Mayeux, R. (1991). Multidisciplinary baseline assessment of homosexual men with and without human immunodeficiency virus infection: III neurologic and neuropsychological findings. *Archives of General Psychiatry*, 48: 131-138.

Taerk, G.; Gallop, R.M.; Lancee, W. J.; Coates, R. A. and Fanning, M. (1993). Recurrent themes of concern in groups for health care professionals. *AIDS Care*, 5: 215-222.

Tartaglione, T. A.; Collier, A. C.; Coombs, R. W.; Opheim, K. E.; Cumming, D. K.; Mackay, S. R.; Benedetti, J. and Corey, L. (1991). Acquired immunodeficiency syndrome. Cerebrospinal fluid findings in patients before and during long-term oral zidovudine therapy. *Archives of Neurology*, 48: 695-699.

Tozzi, V.; Balestra, P.; Galgani, S.; Narciso, P.; Ferri, F.; Sebastiani, G.; D'Amato, C.; Africano, C.; Pigorini, f.; Pau, F. M.; De Felici, A. and Benedetto, A. (1999). Positive and sustained effects of highly active antiretroviral therapy on HIV-1 associated neurocognitive impairment. *AIDS*, 13 (14): 1889-1897.

Tozzi, V.; Narciso, P.; Galgani, S.; Sette, P.; Balestra, P.; Gerace, C.; Pau, F. M.; Pigorini, F.; Volpini, V.; Camporiondo, M. P.; Giulianelli, M. and Visco, G. (1993). Effect of zidovudine in 30 patients with mild to end-stage Aids dementia complex. *AIDS* (5): 683-692.

Tross, S., and Hirsch, D. (1988). Psychological distress and neuropsychological complications of HIV infection and AIDS. *American Psychologist*, 43 (11): 929-934.

Ullrich, P. M.; Lutgendorf, S. K. and Stapleton, J. T. (2003). Concealment of homosexual identity, social support and CD4 cell count among HIV-seropositive gay men. *Journal of Psychosomatic Research*, 54: 205-212.

Van Dyck, C. H.; McMabon, T. J.; Rosen, M. I.; O'Malley, S. S.; O'Connor, P. G.; Lin, C. H.; Pearsall, H. R.; Woods, S. W. and Kosten, T. R. (1997).

Sustained-release methylphenidate for cognitive impairment in HIV-1 infected drug abusers. A pilot study. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 9: 29-36.

Vaughan, S. M. and Kinnier, R. T. (1996). Psychological effects of a life review intervention for persons with HIV disease. *Journal of Counselling and Development*, 75: 115-123.

Vedhara, K. Y Nott, K. H.; Bradbeer, C. S.; Davidson, E. A. F.; Ong, E. L. C.; Snow, M. H.; Palmer, D. and Nayagam, A. T. (1997). Greater emotional distress is associated with accelerated CD4+ cell decline in HIV infection. *Journal of Psychosomatic Research*, 42 (4): 379-390.

Wagner, G. J.; Ferrando, S. J. and Rabkin, J. G. (2000). Psychological and physical health correlates of body cell mass depletion among HIV+ men. *Journal of Psychosomatic Research*, 49: 55-57.

Weis, J. J. (1997). Psychotherapy with HIV-positive gay men: a psychodynamic perspective. *American Journal of Psychotherapy*, 51 (1): 31-44.

Wilkie, F. L.; Eisdorfer, C.; Morgan, R.; Loewenstein, D. and Szapocznik, J. (1990). Cognition in early human immunodeficiency virus infection. *Archives of Neurology*, 47: 433-440.

Yarchoan, R.; Brouwers, P.; Spitzer, A. R.; Grafman, J.; Safai, B.; Perno, C. F.; Larson, S. M.; Berg, G.; Fischl, M. A.; Wichman, A.; Thomas, R. V.; Brunetti, A.; Schmidt, P. J.; Myers, Ch. E. and Broder, S. (1987). Response of human-immunodeficiency-virus-associated neurological disease to 3'-azido-3'-deoxythymidine. *The Lancet*, 7: 132-135.

Yarchoan, R.; Pluda, J. M.; Thomas, R. V.; Mitsuya, H.; Brouwers, P.; Wyvill, K. M.; Hartman, N.; Johns, D. G. and Broder, S. (1990). Long-term toxicity/activity profile of 3'-azido-2',3'-dideoxythymidine in AIDS or AIDS-related complex. *Lancet*, 336 (8714): 526-529.

Yarchoan, R.; Thomas, R. V.; Allain, J. P.; McAtee, N.; Dubinsky, R.; Mitsuya, H.; Lawley, T. J.; Safai, B.; Myers, C. E.; Perno, C. F.; Klecker, R. W.; Wills, R. J.; Fischl, M. A.; McNeely, M. C.; Pluda, J. M.; Leuther, M.; Collins, J. M. and Broder, S. (1988). Phase I studies of 2', 3' - dideoxycytidine in severe human immunodeficiency virus infection as a single agent and alternating with zidovudine (AZT). *Lancet*, 1: 76-81.

Yarchoan, R.; Thomas, R. V.; Grafman, J.; Wichman, A.; Dalakas, M.; McAtee, N.; Berg, G.; Fischl, M.; Perno, C. F. and Klecker, R. W. (1988). Long-term administration of 3'-azido-2',3'-dideoxythymidine to patients with AIDS-related neurological disease. *Annals of Neurology*, 23 (suppl): S82-S87.



## **Cuadro 1. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL COMPLEJO COGNITIVO/MOTOR MENOR ASOCIADO AL VIH SEGÚN LA ACADEMIA AMERICANA DE NEUROLOGÍA**

---

**Probable** (debe reunir cada uno de los siguientes criterios):

1. - Alteraciones comportamentales, motoras y cognitivas (debe cumplir cada uno de los siguientes criterios):

a. - Al menos dos de los siguientes síntomas comportamentales, motores o cognitivos adquiridos (presentes durante al menos 1 mes) verificados mediante historia fiable (cuando sea posible, a partir de un informante):

- 1.- déficit atencional.
- 2.- lentificación mental.
- 3.- déficit de memoria.
- 4.- movimientos lentificados.
- 5.- descoordinación.
- 6.- cambios en la personalidad, o irritabilidad, o labilidad emocional.

b. - Alteración cognitiva/motora adquirida verificada mediante exploración neurológica o tests neuropsicológicos (por ejemplo: velocidad motora fina, destreza manual, habilidades motoras perceptuales, atención/concentración, velocidad de procesamiento de la información, abstracción/razonamiento, habilidades visuoespaciales, memoria/aprendizaje, o habla/lenguaje).

2. - Alteraciones comportamentales, motoras y cognitivas (véase 1) causan déficit leve en el trabajo o en las actividades de la vida diaria (objetivamente verificable o informado por un informante clave).

3. - No satisface los criterios de complejo de demencia asociado con el VIH-1 ni tampoco de mielopatía asociada al VIH.

4. - No hay evidencia de otra etiología, incluyendo infección oportunista activa del sistema nervioso central, ni de neoplasia del sistema nervioso central, ni enfermedad sistémica grave determinada mediante anamnesis, la exploración física, y las pruebas complementarias de imagen y de laboratorio apropiadas (por ejemplo, punción lumbar, pruebas de neuroimagen). Las características anteriores no deben ser atribuibles únicamente a los efectos del consumo del alcohol u otras drogas, síntomas de abstinencia provocados por el consumo crónico o agudo de drogas, trastornos de adaptación u otros trastornos psiquiátricos.

**Posible** (debe reunir cada uno de los siguientes criterios):

1. - Otra etiología posible está presente (debe reunir cada uno de los siguientes criterios):

a. -Tal y como se menciona arriba (véase probable) números 1, 2 y 3.

b. - Otra etiología posible está presente y la causa de las alteraciones cognitivas, motoras y comportamentales es incierta.

2. - Se ha realizado una evaluación clínica incompleta (debe cumplir cada uno de los siguientes):

a. - Igual que arriba (véase probable) números 1, 2 y 3.

b. - La etiología no se puede determinar (las pruebas complementarias de imagen y de laboratorio apropiadas no se han realizado).

---

Fuente: Academia Americana de Neurología, 1991.

## **Cuadro 2. CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO NEUROCOGNITIVO LEVE (TNL)\* ASOCIADO CON EL VIH SEGÚN GRANT Y ATKINSON**

---

1. - Déficit adquirido en el funcionamiento cognitivo que afecta al menos a dos áreas, documentado por un rendimiento de al menos 1,0 desviaciones típicas por debajo de las normas apropiadas para la edad y el nivel educativo en tests neuropsicológicos estandarizados. La evaluación neuropsicológica debe explorar al menos las siguientes funciones: verbal/lenguaje; atención/ velocidad en el procesamiento de la información; abstracción, memoria (aprendizaje; recuerdo); rendimiento motor-perceptivo complejo; habilidades motoras.

2. - El déficit cognitivo produce al menos una interferencia leve en el funcionamiento diario (al menos uno de los siguientes):

a. - Disminución de la agudeza mental autoinformada, ineficacia en el trabajo, tareas domésticas o funcionamiento social.

b. - Observación por parte de los familiares y amigos de que el sujeto ha experimentado al menos un deterioro leve en la agudeza mental, con la consiguiente ineficacia en el trabajo, labores domésticas o funcionamiento social.

3. - El déficit cognitivo ha estado presente al menos un mes.

4. - No satisface los criterios de *delirium* o demencia.

5. - No hay evidencia de ninguna otra causa preexistente para el trastorno neurocognitivo leve asociado al VIH.<sup>a</sup>

---

Fuente: Martín y Grant, 1994.

<sup>a</sup> Si el sujeto del que se sospecha trastorno neurocognitivo leve asociado con el VIH (TLN) también cumple los criterios de episodio depresivo mayor o dependencia de sustancias, el diagnóstico de TNL se debe aplazar a una evaluación posterior llevada a cabo cuando la depresión mayor haya remitido o haya transcurrido al menos 1 mes desde la última vez que se produjo el consumo de sustancias.

\* El trastorno neurocognitivo leve (TNL) asociado con el VIH es un término sinónimo de trastorno cognitivo/motor menor.

### **Cuadro 3. MODIFICACIONES DE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TCMM SEGÚN LA ACADEMIA AMERICANA DE NEUROLOGÍA PROPUESTAS POR EL DANA CONSORTIUM**

---

#### **TRASTORNO COGNITIVO MOTOR MENOR ASOCIADO CON EL VIH-1.**

No satisface los criterios para el trastorno cognitivo motor asociado con el VIH-1 y satisface los criterios 1 y 2 siguientes:

1º. Déficit en al menos dos de las siguientes funciones:

- Identificación mental: Símbolos-Dígitos al menos una desviación típica por debajo de las normas ajustadas para edad y nivel educativo.
- Memoria: el Test de Aprendizaje Verbal Auditivo de Rey (total) al menos una desviación típica por debajo de las normas.
- Disfunción motora: cualquier déficit en el Test de Golpeteo con los Dedos o pronación/supinación.
- Incoordinación: déficit leve en la marcha o torpeza al moverse, labilidad emocional o apatía y retracción de todo contacto social.

y

2º. Déficit en al menos una de las medidas funcionales atribuidas en parte a la función cognitiva:

- Necesidad de descansar con frecuencia.
- Disminución en el tiempo habitual dedicado a las actividades (necesidad de tener menos actividades).
- Se logra menos de lo que se desea cuando se plantea un objetivo.
- No poder llevar a cabo las actividades con tanto cuidado o tanta atención como le gustaría.
- Limitaciones en las actividades laborales o en otras actividades.
- Dificultades para llevar a cabo cualquier actividad de la vida diaria.
- Requiere ayuda especial para llevar a cabo cualquier actividad de la vida diaria.

---

Fuente: Dana Consortium, 1996.

#### **Cuadro 4. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL COMPLEJO DEMENCIA SIDA\***

##### **FASE INICIAL**

##### **A. Manifestaciones comportamentales**

Apatía. Pérdida de interés por el trabajo. Pérdida de la libido. Aislamiento social. Aplanamiento afectivo. Disforia. Psicosis. Trastornos de personalidad.

##### **B. Cognitivas**

Déficit mnésico. Déficit atencional y de concentración. Bradipsiquia. Bradilalia. Deterioro cognitivo global.

##### **C. Motoras**

Problemas del equilibrio. Pérdida progresiva de la fuerza en las extremidades inferiores. Deterioro de la escritura (disgrafía). Lentitud psicomotora. Disartria transitoria. Temblores.

##### **D. Otras manifestaciones neurológicas**

Cefaleas. Temblores. Convulsiones. *Delirium*. Otros signos neurológicos (disartria transitoria, ataxia, sintomatología piramidal, parestias). Alteración de los movimientos oculares rápidos y propositivos.

##### **FASE AVANZADA**

##### **A. Comportamentales**

Síntomas negativos notables. Psicosis orgánica. Mutismo. Falta de control de los impulsos y diferentes trastornos conductuales.

##### **B. Cognitivas**

Deterioro marcado de la memoria y de la orientación temporoespacial. Deterioro cognitivo global.

##### **C. Otras manifestaciones neurológicas**

*Delirium*. Convulsiones. Temblores. Signos de liberación frontal. Mielopatía con paraparesia espástica. Hemiparesia. Ataxia. Hiperreflexia. Hipertonía. Neuropatía sensorial. Lentificación psicomotora grave. Incontinencia urinaria y fecal.

Fuente: modificado de Salvador, L y otros, 1995.

\*Complejo demencia sida (CDS) es un término sinónimo de demencia asociada con el VIH.

<b>Cuadro 5. SISTEMA DE CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DEL CDS* POR FASES</b>		
<b>FASES</b>	<b>GRAVEDAD</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>
0	Normal	Función cognitiva y motora normal
0,5	Equívoca/ subclínica	Síntomas equívocos mínimos o ausentes sin alteración en la vida laboral ni en las actividades de la vida diaria. Signos leves, tales como muecas (por ejemplo: hocico catatónico). También puede observarse lentificación de los movimientos oculares o de las extremidades.
1	Leve	Capaz de llevar a cabo, si no todas, la mayoría de las actividades laborales o de la vida diaria. Evidencia de déficit motor o cognitivo, tal y como se detecta mediante la anamnesis o exploración neuropsicológica. Puede caminar sin ayuda.
2	Moderada	Capaz de llevar a cabo las actividades básicas de cuidado de sí mismo. Incapaz de trabajar o de realizar actividades más complicadas de la vida diaria. Puede requerir ayuda para andar.
3	Grave	Incapacidad cognitiva importante ( no puede seguir las noticias o encargarse de los asuntos personales, no puede seguir una conversación complicada, lentificación considerable de todas las respuestas cognitivas), incapacidad motora (no puede caminar sin ayuda, lentificación y torpeza de los brazos).
4	Fase terminal	Estado casi vegetativo. La comprensión de situaciones sociales y las respuestas a éstas son rudimentarias. Mutismo total o casi total. Paraparesia o paraplejia con incontinencia fecal y urinaria.

Fuente: Price y Brew, 1988; Aronow y otros, 1988; Sidtis y Price, 1990; Everall, 1995.

\* Complejo demencia sida (CDS) es un término sinónimo de demencia asociada con el VIH.

**Cuadro 6. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL COMPLEJO DEMENCIA SIDA\* SEGÚN LA ACADEMIA AMERICANA DE NEUROLOGÍA**

---

1.- Alteración en por lo menos dos de las siguientes funciones (presente durante un mes o más).

- Atención-concentración
- Abstracción-razonamiento
- Aprendizaje y memoria
- Velocidad de procesamiento de la información
- Habilidad visuoespacial
- Habla/lenguaje

a) El deterioro debe ser verificado mediante una anamnesis fiable y exploración del estado mental. En todos los casos, cuando sea posible, la anamnesis se debe obtener a partir de un informante, y la exploración debe ser complementada mediante tests neuropsicológicos.

b) La disfunción cognitiva que causa el déficit en el trabajo o en las actividades de la vida diaria (objetivamente verificable o mediante informe de un informante clave). Este déficit no debe ser atribuible únicamente a una enfermedad sistémica grave.

2.- Por lo menos alguno de los siguientes síntomas:

a.- Alteración adquirida en la función o el rendimiento motor verificado mediante exploración clínica (por ejemplo, movimientos rápidos lentificados, marcha anormal, incoordinación de las extremidades, hiperreflexia, hipertonia, o debilidad), tests neuropsicológicos (por ejemplo, velocidad motora fina, destreza manual, habilidades motoras perceptuales), o ambos.

b.- Deterioro de la motivación o del control emocional o cambios en el comportamiento social. Esto puede caracterizarse por cualquiera de los siguientes rasgos: cambios en la personalidad con apatía, inercia, irritabilidad, labilidad emocional, o juicio alterado caracterizado por un comportamiento socialmente inapropiado o desinhibición social.

3.- Ausencia de alteraciones de la conciencia durante un periodo de tiempo lo suficientemente largo como para establecer la presencia del punto 1.

4.- Evidencia de otra etiología, incluyendo infección oportunista activa del sistema nervioso central o neoplasia del sistema nervioso central, o alteraciones psiquiátricas (por ejemplo, trastorno depresivo), consumo de alcohol u otras drogas, o síndrome de abstinencia agudo o crónico provocado por una droga. Deben ser investigados a partir de la anamnesis, de la exploración física y psiquiátrica, y mediante pruebas complementarias apropiadas (por ejemplo, punción lumbar y pruebas de neuroimagen). Si otra etiología (por ejemplo, depresión mayor) se presenta, no es la causa de los síntomas y signos comportamentales, motores, o cognitivos anteriormente mencionados.

---

Fuente: Academia Americana de Neurología, 1991. \*Complejo demencia sida (CDS) es un término sinónimo de demencia asociada con el VIH.

## **Cuadro 7. DEMENCIA ASOCIADA CON EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA\* SEGÚN GRANT Y ATKINSON**

---

1.- Déficit adquirido notable en el funcionamiento cognitivo, que afecta al menos a dos áreas (por ejemplo: memoria, atención). Normalmente, el déficit es en múltiples áreas, especialmente en el aprendizaje de nueva información, procesamiento de la información lentificado y concentración/atención. El déficit cognitivo se puede verificar mediante anamnesis, exploración del estado mental o tests neuropsicológicos.

2.- El déficit cognitivo produce una interferencia notable en el funcionamiento en la vida diaria (trabajo, vida familiar, actividades sociales).

3.- Un déficit cognitivo notable ha estado presente al menos durante 1 mes.

4.- El patrón del déficit cognitivo no reúne los criterios de *delirium* (por ejemplo, la obnubilación de la conciencia no es una característica destacada); o si el *delirium* está presente, los criterios de demencia se han obtenido en una exploración anterior cuando el *delirium* no estaba presente.

5.- No hay evidencia de ninguna otra etiología preexistente que pudiera explicar la demencia, por ejemplo, otras infecciones del sistema nervioso central, tumores del sistema nervioso central, enfermedad cerebrovascular, enfermedades neurológicas preexistentes o toxicomanía grave compatible con un trastorno del sistema nervioso central.

---

Fuente: Martín y Grant, 1994. \*El término demencia asociada con el VIH es un término sinónimo de complejo demencia sida (CDS).

## **Cuadro 8. MODIFICACIONES DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL CDS SEGÚN LA ACADEMIA AMERICANA DE NEUROLOGÍA PROPUESTAS POR EL DANA CONSORTIUM**

---

### **COMPLEJO DE DEMENCIA ASOCIADO CON EL VIH-1**

Se deben reunir o satisfacer los criterios 1 y 2:

1°. Puntuación de una desviación típica por debajo de las normas ajustadas para educación y edad en dos de los 8 tests neuropsicológicos o dos desviaciones típicas por debajo de las normas en uno de los 8 tests.

2°. El paciente necesita ayuda o tiene dificultad (debido a un déficit físico o cognitivo) en una de las siguientes actividades instrumentales de las Escalas de la Vida Diaria de Lawton y Brody (IADL):

- Utilizar el teléfono
- Manejar dinero
- Tomar la medicación
- Realizar tareas domésticas que requieren poco esfuerzo
- Hacer la colada
- Cocinar
- Hacer la compra en el supermercado o recorrer a pie pequeñas distancias

y

debe satisfacer el criterio 1 ó 2 de los siguientes:

1°. Cualquier déficit en las siguientes áreas:

- fuerza en las extremidades inferiores, coordinación, golpeteo con los dedos, movimiento alternante de la mano o de las manos, agilidad en las piernas o rendimiento en el Test de Tablero y Clavijas de dos desviaciones típicas por debajo de la media para la mano dominante.

2°. Depresión frecuente autoinformada que interfiere en el funcionamiento, pérdida de interés en las actividades usuales o labilidad emocional o irritabilidad.

Estadificación del Complejo Demencia Sida:

**LEVE:** Las actividades instrumentales de las Escalas de la Vida Diaria de Lawton y Brody deben atribuirse a un origen cognitivo.

**MODERADO:** Satisface los criterios neurológicos y psiquiátricos del complejo demencia sida leve más un déficit funcional al utilizar el teléfono, tomar la medicación o manejar dinero más dos o tres de las otras actividades instrumentales o actividades no instrumentales (movilidad en casa, comer, vestirse, mantenimiento de un buen aspecto personal, aseo, acostarse y levantarse, baño) atribuido a una fuente cognitiva.

**GRAVE:** Satisface los criterios neurológicos y psiquiátricos del complejo demencia sida moderado y presenta además del déficit al utilizar el teléfono, tomar la medicación o manejar dinero, deterioro en al menos 4 actividades instrumentales o actividades no instrumentales (Escala de Automantenimiento Personal de Lawton y Actividades Diarias de Katz) que son atribuibles a un origen cognitivo.

---

Fuente: Dana Consortium, 1996.



<b>Cuadro 9. ÁREAS NEUROPSICOLÓGICAS AFECTADAS EN EL COMPLEJO COGNITIVO/MOTOR ASOCIADO CON EL VIH*</b>		
<b>FUNCIÓN</b>	<b>TRASTORNO COGNITIVO/MOTOR MENOR</b>	<b>COMPLEJO DEMENCIA SIDA</b>
Tiempo de reacción simple	Posible	Sí
Atención sostenida	Sí	Sí
Memoria operativa	Sí	Sí
Fluidez verbal	Posible	Sí
Visuoespacial	No	Posible
Función ejecutiva	Posible	Sí
Inteligencia	No	Sí
Juicio	No	Posible
Lenguaje	No	No
Memoria	Posible	Sí
Función motora	Sí	Sí
Nominación	No	Posible
Velocidad psicomotora	Sí	Sí
Abstracción	No	Posible
Agrafía	No	Sí
Atención básica	No	No
Cálculo	No	Posible
Tiempo de reacción de elección	Sí	Sí
Concentración	Posible	Sí
Dígitos	No	No
Atención dividida	Posible	Sí

Fuente: Kalischtein y otros, 2004.

\* En este cuadro no aparecen las alteraciones producidas por la mielopatía asociada con la infección por el VIH. En todo caso, estas alteraciones son siempre motoras, sensitivas y/o de los esfínteres.

**Cuadro 10. RESULTADOS DE LOS DIFERENTES ESTUDIOS SOBRE LA EFICACIA DE LOS FÁRMACOS ANTIRRETROVÍRICOS SOBRE LOS PARÁMETROS NEUROPSICOLÓGICOS**

<b>AUTORES</b>	<b>FÁRMACOS</b>	<b>RESULTADOS</b>
<b>MONOTERAPIA</b>		
Petito y otros, 1986	Zidovudina	Reduce los déficits neuropsicológicos y la encefalitis
Yarchoan y otros, 1987	Zidovudina	Mejoría
Yarchoan y otros, 1988	Zidovudina	Mejoría
Schmitt y otros, 1988	Zidovudina	Mejoría parcial
Portergies y otros, 1989	Zidovudina	Mejoría
Risser y otros, 1990	Zidovudina	No mejoría
Tartaglione y otros, 1991	Zidivudina	Mejoría
Reinvang y otros, 1991	Zidovudina	Mejoría temporal
Egan y otros, 1992	Zidovudina	Ningún beneficio en la función cognitiva
Tozzi y otros, 1993	Zidovudina	Mejoría leve
Sidtis y otros, 1993	Zidovudina	Mejoría
Baldeweg y otros., 1995	Zidovudina	Reduce los déficits neurocognitivos en la fase sintomática de la infección
Heaton y otros, 1995	Zidovudina	Mejoría ligera. Ninguna asociación entre dosis, duración del tratamiento y alteraciones neuropsicológicas
Karlsen y otros, 1995	Zidovudina	Mejoría en el funcionamiento neuropsicológico durante los 6 primeros meses. Posible papel profiláctico en el desarrollo de la disfunción cognitiva
Brew y otros, 1996	Atervidina	Mejoría
Bell y otros, 1996	Zidovudina	Mejoría. Incidencia más baja de encefalitis
Bell y otros, 1998	Zidovudina	Ninguna correlación entre el tratamiento y el grado de deterioro cognitivo
Shor-Posner, 2000	Zidovudina	Evidencia de un efecto protector pero limitado en el tiempo
Llorente y otros, 2001	Zidovudina	El tratamiento prolongado no mejora el rendimiento en los sujetos seropositivos levemente sintomáticos

*(continúa)*

(continuación)

<b>Cuadro 10. RESULTADOS DE LOS DIFERENTES ESTUDIOS SOBRE LA EFICACIA DE LOS FÁRMACOS ANTIRRETROVÍRICOS SOBRE LOS PARÁMETROS NEUROPSICOLÓGICOS (continuación)</b>		
<b>AUTORES</b>	<b>FÁRMACOS</b>	<b>RESULTADOS</b>
<b>POLIQUIMIOTERAPIA</b>		
Yarchoan y otros, 1990	Didanosina + zalcitabina	Mejoría
Brouwers y otros, 1997	Zidovudina y didanosina	Mejoría en varias funciones neuropsicológicas
Brew, 1998	Estavudina+lamivudina+zidovudina	No mejoría
Filippi y otros, 1998	Inhibidores de la proteasa + zidovudina	Mejoría
Ferrando y otros, 1998	Otras combinaciones TARGA	Mejoría
Letendre y otros, 1999	Otras combinaciones TARGA	Mejoría
Sackor y otros, 1999	Otras combinaciones TARGA	Mejoría en velocidad psicomotora
Tozzi y otros, 1999	Otras combinaciones TARGA	Produce un efecto sostenido y positivo sobre el déficit cognitivo
Kim y otros, 2001	Otras combinaciones TARGA	El déficit neuropsicológico correlaciona inversamente con el número de antirretrovíricos prescritos. El tratamiento con un número mayor de antirretrovíricos es neuroprotector
Sackor y otros, 2001	Otras combinaciones TARGA	Importante descenso de las alteraciones neuropsicológicas
Stankoff y otros, 2001	Otras combinaciones TARGA	Lentificación del deterioro neuropsicológico
Cohen y otros, 2001	Otras combinaciones TARGA	Efecto beneficioso en el funcionamiento cognitivo en las mujeres
Richardson y otros, 2002	Monoterapia y otras combinaciones TARGA	Mayor riesgo de déficits en mujeres que no recibían tratamiento antirretrovírico
Ferrando y otros, 2003	Combinaciones TARGA	Mejoría en la función neuropsicológica, fundamentalmente en la velocidad de procesamiento de la información

(continuación)

<b>Cuadro 10. RESULTADOS DE LOS DIFERENTES ESTUDIOS SOBRE LA EFICACIA DE LOS FÁRMACOS ANTIRRETROVÍRICOS SOBRE LOS PARÁMETROS NEUROPSICOLÓGICOS (Continuación)</b>		
<b>AUTORES</b>	<b>FÁRMACOS</b>	<b>RESULTADOS</b>
<b>FÁRMACOS NO ANTIRRETROVÍRICOS</b>		
Fernández y otros, 1988	Metilofenidato	Mejoría en la memoria a largo plazo y en la velocidad de procesamiento de la información
Bridge y otros, 1989	Péptido T	Mejoría
Fernández y otros, 1990	Metilofenidato + dextroanfetamina	Mejoría leve
Bridge y otros, 1991	Péptido T	Mejoría
Angrist y otros, 1992	Metilofenidato o destroanfetamina	Mejoría parcial en un subconjunto de tests
Brown, 1995	Metilofenidato	Mejoría en la calidad de vida
Dezube y otros, 1995	Pentoxifilina	Mejoría
Dana Consortium, 1997	Antioxidante OCP-14117	Ligera mejoría
Galgani y otros, 1997	Nimodipino + zidovudina	Ligera mejoría
Dorfman y otros, 1997	Metionina en forma oral	Mejoría
Van Dyck y otros, 1997	Metilofenidato	Ligera mejoría
Dana Consortium, 1998	Ácidos lipoico y deprenilo	Mejoría en memoria con ácido deprenilo pero no con ácido lipoico (ácido tiótico)
Heseltine y otros, 1998	Péptido T	Mejoría en los grupos más deteriorados
Navia y otros, 1998	Nimodipino	Ligera mejoría a altas dosis
Sacktor y otros, 2000	Seleginina	Mejorías sólo en los tests de memoria verbal y rendimiento motor/psicomotor
Hinkin y otros, 2001	Metilofenidato	Mejoría en los pacientes con déficit neuropsicológico más pronunciado

## **Cuadro 11. ASESORAMIENTO ANTES DE LA PRUEBA DEL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA**

---

---

### **1. LA PRUEBA**

- No es una prueba para el sida, sino del VIH.
- Requiere que haya transcurrido el tiempo suficiente para que se haya producido la seroconversión.
- Indica únicamente que se ha producido una exposición al VIH.
- No indica el pronóstico, la gravedad de la infección ni el riesgo de transmisión a otras personas.

### **2. CONSECUENCIAS PRÁCTICAS DE HABER SIDO IDENTIFICADO COMO SEROPOSITIVO\***

- Imposibilidad de contratar un seguro de vida o determinados tipo de hipotecas.
- Posibles dificultades para conseguir tratamiento médico u odontológico.
- Exclusión de algunos tipos de actividad laboral.
- Posible despido, con los problemas económicos resultantes.

### **3. POSIBLES CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE SER SEROPOSITIVO**

- Incertidumbre.
- Nivel elevado de ansiedad, depresión, culpabilidad y síntomas obsesivos.
- Efectos negativos sobre las relaciones familiares y sociales.

### **4. OTROS PROBLEMAS**

- Todas las personas con prácticas de riesgo de contraer la infección por el VIH deben mantener relaciones sexuales seguras y adoptar medidas para la reducción del riesgo.

---

Fuente: modificado de Miller, 1988.

\* En los Estados Unidos.

## **Cuadro 12. FASES DE LA TERAPIA BASADA EN TÉCNICAS DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS**

---

### 1. EXPLICACIÓN DEL TRATAMIENTO Y DE SUS FUNDAMENTOS

- a) Reconocimiento de los síntomas emocionales.
- b) Reconocimiento de los problemas prácticos emocionales.
- c) Reconocimiento de la relación existente entre los síntomas y los problemas prácticos.

### 2. CLARIFICACIÓN Y DEFINICIÓN DE LOS PROBLEMAS

- a) Enumeración de los problemas de forma clara y concreta
- b) Descomposición de los problemas grandes en partes más pequeñas y manejables

### 3. ELECCIÓN DE OBJETIVOS REALISTAS

### 4. BÚSQUEDA DE SOLUCIONES

### 5. JERARQUIZACIÓN DE LAS SOLUCIONES

### 6. PUESTA EN PRÁCTICA DE LA SOLUCIÓN ELEGIDA

### 7. EVALUACIÓN

---

Fuente: Ayuso Mateos, 1997.

### **Cuadro 13. OBJETIVOS DEL COUNSELLING EN LA INFECCIÓN POR EL VIH**

---

#### PREVENCIÓN

- Determinar si los hábitos del sujeto le colocan en riesgo de infección.
- Trabajar con el sujeto con el fin de que entienda el riesgo.
- Ayudar a identificar la importancia que para el sujeto tienen las conductas de riesgo.
- Ayudar a definir las posibilidades reales de que se produzca el cambio conductual.
- Trabajar con el sujeto para lograr y mantener el cambio conductual.

#### APOYO

- *Counselling* individual, familiar y con los amigos para prevenir y reducir la morbilidad asociada con la infección y la enfermedad producida por el VIH.

---

Fuente: Chippindale y French, 2001.

### **Cuadro 14. PROGRAMAS Y SERVICIOS DE COUNSELLING EN LA INFECCIÓN POR EL VIH**

---

- *Counselling* antes de que se hagan las pruebas para la detección de anticuerpos del VIH (*Counselling* pre-test).
- *Counselling* después de las pruebas tanto para los sujetos seropositivos como para los seronegativos para el VIH (*Counselling* post-test).
- Evaluación del riesgo para ayudar y prevenir la transmisión, la sobreinfección y la coinfección.
- *Counselling* después del diagnóstico de los síntomas producidos por el VIH.
- *Counselling* con la familia y amigos del paciente.
- *Counselling* por la pérdida de algún familiar o amigo (ayuda al duelo).
- *Counselling* telefónico (Teléfono de la esperanza).
- *Counselling* en los servicios sociales (problemas económicos, laborales de vivienda, etc.).
- Intervención en crisis.
- Apoyo psicológico estructurado para los afectados por el VIH.
- Grupos de apoyo.

---

Fuente: Chippindale y French, 2001.

<b>Cuadro 15. NECESIDADES MÉDICAS Y PSICOSOCIALES DE LAS PERSONAS INFECTADAS POR EL VIH EN LAS DIFERENTES FASES DE LA ENFERMEDAD</b>			
<b>DEL PACIENTE</b>	<b>FASES INICIALES</b>	<b>FASES INTERMEDIAS</b>	<b>FASE TERMINAL</b>
Hospitalización		X	X
Asistencia médica ambulatoria	X	X	X
Ayuda para financiar los medicamentos y la asistencia médica y psicológica	X	X	X
Enfermera cualificada en casa			X
Orientación laboral y profesional		X	X
Orientación y defensa de los intereses legales del paciente	X	X	X
Apoyo por parte de familiares y amigos	X	X	X
Ayuda en casa por parte de familiares y amigos		X	X
Orientación educativa	X	X	X
Una persona que ayude al paciente en las tareas domésticas		X	X
Relaciones sociales	X	X	X
<b>DE LOS HIJOS</b>			
Relaciones sociales	X	X	X
Seguimiento de su estado de salud	X	X	X
Educación	X	X	X
Tutela y custodia			X
Necesidades económicas			X
Otras cuestiones legales			X

Fuente: modificado de Indyk y otros, 1993.





# **EXPERIENCIAS**



*Vicente Cardenal Sotomayor*

Psicólogo del Centro Penitenciario de Huelva.

*Justo Alonso Pombar*

Psicólogo del Centro Penitenciario de Huelva.

## **Una aproximación al perfil profesional del trabajador en el Centro Penitenciario de Huelva**

### **RESUMEN**

Con este estudio se pretende obtener un perfil del trabajador de Instituciones Penitenciarias en Huelva. Para ello se construye un cuestionario que incluye datos objetivos (sexo, edad, nivel de estudios, antigüedad, hijos, puesto de trabajo...) y subjetivos (opinión sobre prestigio social, orientación de la prisión, etc.) Se utiliza el paquete estadístico SPSS 11.0 para estudiar los cruces entre respuestas que resulten significativas al 95 % y con potencial explicativo. Se observa la relevancia de la variable sexo en casi todas las respuestas de opinión, así como la tarea desempeñada. La claridad en las funciones desempeñadas parece ser la llave de varias dimensiones relacionadas con la salud laboral.

## **INTRODUCCIÓN**

El colectivo de personas que desempeñamos nuestro trabajo en los Centros Penitenciarios lo realizamos bajo unas condiciones laborales muy específicas, con particularidades exclusivas para este medio. Trabajamos con una población en su mayor parte marginal, con escasos recursos personales y sociales. La existencia de situaciones en las que la hostilidad y la agresividad aparecen, la existencia de riesgos físicos, de tensión emocional, son características que en mayor o menor medida son propias del medio en el que trabajamos. Estas características hacen que los trabajadores penitenciarios seamos, cada vez en mayor medida, el objeto de estudio desde la perspectiva de la salud laboral.

Este trabajo nace con la intención de obtener un primer acercamiento al perfil profesional del trabajador en nuestro Centro que nos permita una descripción científica de las características del mismo. Con ello pretendemos un doble objetivo: en primer lugar queremos conocer objetivamente a nuestro colectivo. La experiencia directa y la intuición nos hace extraer una visión de la realidad muchas veces parcial y sesgada. Por ello siguiendo las exigencias del método científico intentaremos una descripción aséptica de nuestro grupo laboral. En segundo lugar intentaremos en una segunda fase y partiendo de los datos obtenidos, comprender la forma en los que nuestro colectivo se ve afectado por fenómenos específicos relacionados con la salud laboral y el estrés psicosocial, concretamente el Burnout. Este trabajo es el resultado del primero de los objetivos perseguidos.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Los meses previos a la recogida de datos se dedicaron por una parte a elaborar un cuestionario que contemplase una serie de variables. Por otra parte se establecieron contactos tanto con los sindicatos más representativos en el C. P. de Huelva, como con la Dirección del Centro. A unos y otros les explicamos el objetivo del estudio y les solicitamos su colaboración en la medida de lo posible. A los primeros les solicitamos la difusión del estudio a fin de solicitar de sus afiliados la participación en el mismo. Al segundo le solicitamos la colaboración en general y en particular la facilitación de algunos materiales fungibles necesarios. Obtuvimos en ambos casos buena respuesta que facilitó la participación de los trabajadores en el estudio.

Se difundió entre los diferentes trabajadores el estudio que se iba a hacer, naturaleza, objetivos y se repartieron los cuestionarios. Estos se entregaron, una vez cumplimentados, de manera anónima en sobre cerrado. Los cuestionarios se recogieron entre los meses de abril y mayo del 2003.

Las variables estudiadas fueron operativizadas en un cuestionario constituido al efecto. Todas las preguntas menos dos (la 2, edad y la 7, antigüedad en el trabajo) tienen opción de respuesta cerrada. Las variables y las correspondientes opciones de respuesta son las siguientes:

**1) Sexo** (v, m), **2) Edad** (respuesta abierta), **3) Residencia** (compartiendo piso, en familia, solo, otros), **4) Hijos** (sí, no), **5) Nivel de Estudios** (bachillerato, algunos cursos universitarios, Diplomatura, Licenciatura), **6) Puesto de trabajo desempeñado** (Interior V-1, Interior V-2, Área Mixta, Tratamiento, Oficinas, Sanidad,

Educación y otros), **7) Antigüedad en el trabajo**, **8) Situación laboral** (funcionario de carrera, en prácticas, interino, laboral fijo, contratado), **9) Frecuencia de contacto semanal con internos** (a diario/prácticamente a diario, uno o varios días en semana, uno a varios días al mes y nunca/prácticamente nunca/ alguna vez al año), **10) Claridad percibida en las funciones desempeñadas** (muy claras, fundamentalmente claras, fundamentalmente confusas, muy confusas), **11) Horario de trabajo** (lunes a viernes 8 a 15, 2 y ½ propio de V-2, interior V-1 y otros), **12) Prestigio percibido de la profesión** (alto, medio, bajo), **13) Opinión respecto a la orientación rehabilitadora/tratamental de la prisión.** La redacción literal de esta pregunta es “Expresa tu opinión con la siguiente aseveración: La prisión (sus medios y sus profesionales) debería orientarse y tener como función principal el hacer que los internos mejoren en algunos aspectos en los que estén personalmente deficitarios” (de acuerdo, en duda, en desacuerdo), **14) Éxito de la prisión en la función rehabilitadora/tratamental anterior**, (alto, medio, bajo), **15) Relación del desempeño laboral personal con la función rehabilitadora/tratamental** (alta, muy relacionada, media y baja, poco relacionada), **16) Opinión respecto al salario** (excesivo, adecuado, escaso), **17) Interferencia entre vida laboral y privada** (alta, media baja).

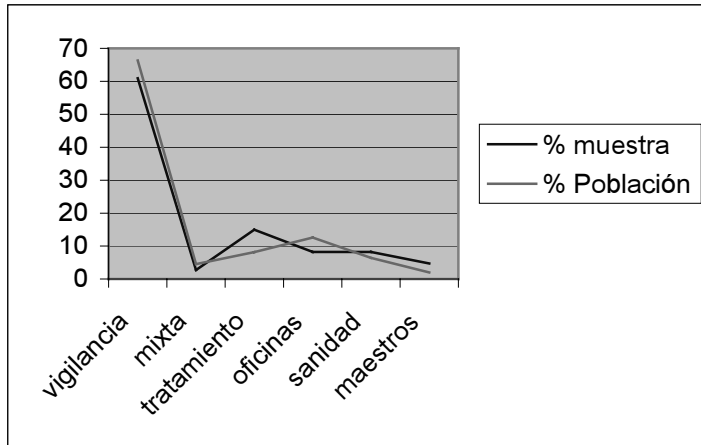
## RESULTADOS

La muestra está compuesta por el 27% de la población estudiada (146 encuestas sobre una población de 400 trabajadores estudiados).



**Gráfica 1**

Nos planteamos la duda de en qué grado la muestra es representativa de la población, teniendo en cuenta el posible sesgo que pudiera suponer la motivación para participar en el estudio o no hacerlo. Para ello recurrimos a comparar la distribución de muestra y población en alguna variable conocida en ambos. Entendemos que la distribución de las diferentes áreas de trabajo aporta esta información. Para ello comparamos los tantos por ciento de cada área en el total para cada grupo, muestra y población. Se obtiene la siguiente gráfica.



**Gráfica 2**

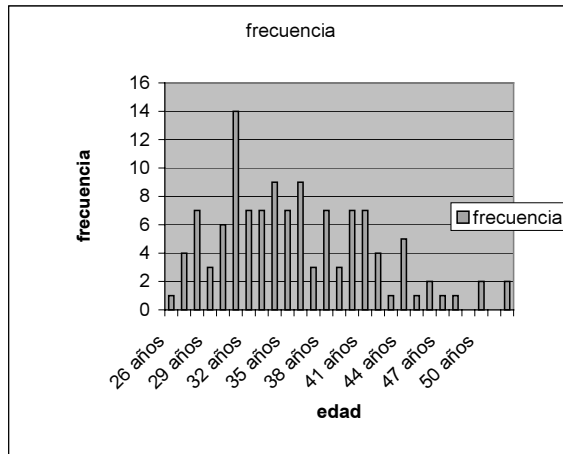
En la misma se observa la similar identidad entre ambos grupos por lo que entendemos que existen garantías de representatividad en la muestra.

Áreas	% muestra	% Población
Vigilancia	60,9	66,3
Mixta	2,7	4,5
Tratamiento	15	8,17
Oficinas	8,2	12,6
Sanidad	8,2	6,4
Maestros	4,7	2

**Tabla 1**

En la distribución por sexos hubo 30 mujeres frente a 115 varones lo que supone el 20,7 frente al 79,3%.

En la siguiente gráfica se observa la distribución de edades de la población.



**Gráfica 3**

Para realizar posteriormente los análisis dividimos al grupo en cuatro intervalos de edad constituidos cada uno de ellos por un número similar de sujetos, estableciéndose los intervalos: < 30 (19 sujetos), 30-35 (51 sujetos), 36-40 (31 sujetos) y > 40 (31 sujetos). En esta variable tuvimos que incluir la opción “no contesta” compuesta por 14 sujetos.

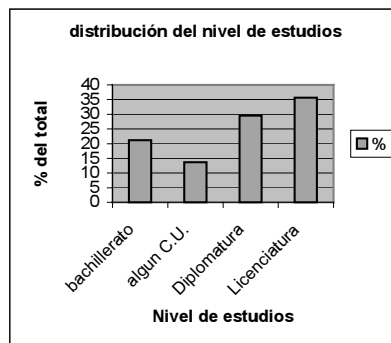
Respecto a la variable “Residencia”, nos encontramos un grupo numeroso que vive en familia, el 68,7% distribuyéndose en igual proporción los que comparten piso y los que viven solos, el 14,6%. El 100% se completa con un resto de un 2% de la respuesta “otros”.

El 44,4% tiene hijos mientras que el 55,5 % no los tiene.

La distribución del nivel de estudios es la siguiente:

Bachillerato 21,2%, algún curso universitario 13,7%, diplomatura 29,5% y licenciatura 35,6%.

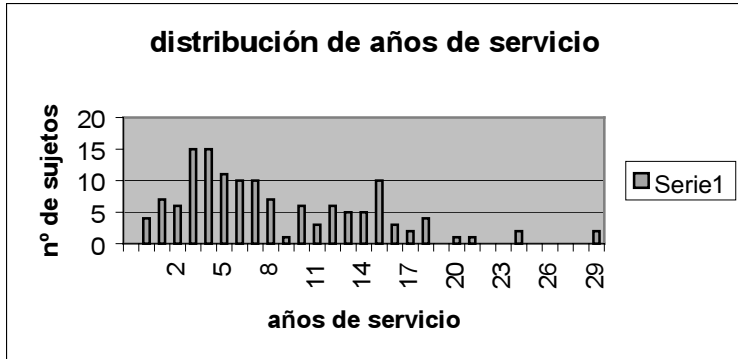
En la siguiente gráfica se aprecia la distribución.



**Gráfica 4**



La antigüedad en el trabajo se distribuye entre sus valores máximo (29 y 0) de acuerdo a la siguiente gráfica.



**Gráfica 5**

Para los posteriores análisis constituimos tres intervalos formados por: 0-5 años (60 sujetos), 6-10 años (36 sujetos) y > de 10 años, (49 sujetos).

En la situación laboral se observa que la inmensa mayoría de la muestra se compone por funcionarios de carrera con un 84,2% del total. El resto se reparte entre un 6,8% de interinos, un 4,1% de funcionarios en prácticas y otro tanto de laborales fijos, y un 0,6% de contratados.

Respecto a la frecuencia de contacto semanal con los internos, la distribución refleja un alto contacto. Entre el contacto diario y el contacto varios días a la semana, se obtiene un 87% de la respuesta. Siendo el contacto diario un 38,3 y el de varios días a la semana, un 48,3%. El resto se reparte entre un 4,8% obtenido en el grupo “varios días al mes” así como un 12% “nunca”.

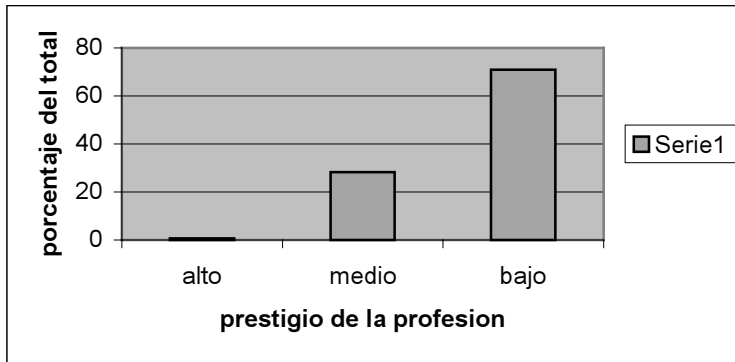
La claridad percibida en las funciones a realizar en el trabajo obtiene la siguiente distribución:

<b>Funciones muy claras</b>	19,3%
<b>Funciones fundamentalmente claras</b>	55,1%
<b>Funciones fundamentalmente confusas</b>	17,3%
<b>Funciones muy confusas</b>	8,3%

**Tabla 2**

Los horarios de trabajo se distribuyen correspondiéndole un 55,5% al horario propio del grupo de vigilancia V-1. El grupo de V-2 (similar con menos contacto con internos) 4,1%. El horario de lunes a viernes (propio de oficinas, tratamiento y maestros) 31,5% y por último “otros” un 8,9%.

El prestigio percibido en la profesión se distribuye siguiendo una clara tendencia: un 0,7% opina prestigio alto, un 28,3% medio y un 71% bajo.



**Gráfica 6**

Con respecto a la orientación del trabajo sobre la función de la prisión hacia tareas relativas a rehabilitación y reinserción, el 59,6% opina favorablemente, el 29,4% tiene dudas respecto a ello y el 11% está en desacuerdo.

El éxito percibido por el trabajo de la prisión en la función relativa a la rehabilitación y reinserción, se valora como alto para un 2,7% de la muestra. Se valora como medio para un 24,7% y como bajo para un 72,6%.

La valoración de la relación entre la actividad laboral desempeñada por cada uno y las tareas implicadas en la rehabilitación y reinserción se distribuye de manera que el 52,7% opina que la relación es baja. El 28,1% opina que la relación es media y el 19,2 opina que la relación es alta.

La percepción del salario es excesivo para un 1,4%, adecuado para un 22,6% y escaso para un 76%.

El grado en el que se percibe interferencia entre la vida laboral y la privada es alto para un 25,5%, medio para un 31% y bajo para un 43,4% de los encuestados.

Para estudiar las interacciones entre variables que resulten significativas estadísticamente se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 11.0 Al estar todas las variables categorizadas cualitativamente se ha utilizado como prueba el chi cuadrado de pearson, trabajando a un nivel de confianza del 95%.

A continuación vamos a pasar a detallar el sentido de las significaciones en los cruces referidos, analizando cuales son las categorías de las variables que aportan las diferencias y explican el resultado. Para ello haremos referencia a los residuos corregidos de cada tabla de contingencia que supere los niveles de significación establecidos (+1,96, -1,96). Una puntuación mayor que 1,96 indicará que el grupo constituido por ese cruce de categorías, es significativamente mayor de lo que cabría esperar. Si es menor que -1,96, indicará que ese grupo es significativamente menor de lo que cabría esperar.

Haremos solamente referencia a aquellos resultados significativos que tienen relevancia cualitativa y que aportan información relevante, ya que muchas de las diferencias cuantitativas observadas entre variables son consecuencia lógica de la naturaleza de las mismas.

Entre algunas variables se da una gran identidad como es el caso de “área de trabajo” “horario” y “frecuencia de contacto”. Los casos dignos de atención se dan cuando aparecen comportamientos no paralelos en las interacciones con otras variables, que es cuando aparece el elemento que lo caracteriza como variable autónoma.

**Sexo x Residencia (p= 0,040)**

El grupo de hombres comparte vivienda significativamente más que las mujeres (hombres, residuo corregido 2,4, mujeres -2,4).

**Sexo x puesto de trabajo (p= 0,051)**

Es significativamente mayor el grupo de hombres que trabaja en V-1 (hombres, residuo corregido 3,0 mujeres -3,0).

**Sexo x claridad en las funciones (p= 0,022)**

Las mujeres tienen las funciones más claras que los hombres (hombres con funciones fundamentalmente claras, -2,2. Fundamentalmente confusas 2,2. Mujeres con funciones fundamentalmente claras 2,2. Fundamentalmente confusas -2,2).

**Sexo x horario (p= 0,005)**

Los resultados confirman las diferencias encontradas entre sexo y puesto de trabajo, ya que los horarios se identifican con el grupo de V1.

**Sexo x prestigio (p= 0,000)**

Las mujeres piensan que el prestigio social de la profesión es mayor que el que piensan los hombres (hombres con alto prestigio -2,0. Con medio prestigio -3,8 y con bajo prestigio 4,2. Mujeres con alto prestigio 2,0. Medio prestigio 3,8 y bajo prestigio -4,2).

**Sexo x éxito de la prisión (p= 0,023)**

Las mujeres piensan que el éxito de la prisión en las tareas de mejora de los aspectos deficitarios de los internos es mayor respecto del que piensan los hombres (hombres con éxito medio -2,6. Éxito bajo 2,2. Mujeres con éxito medio, 2,6 y bajo -2,2).

**Sexo x salario (p= 0,000)**

La valoración de las mujeres de la adecuación salario-trabajo realizado es más alta que la de los hombres. (hombres de salario adecuado, -5,0 y de salario escaso 4,7. Mujeres de salario adecuado, 5,0 y escaso -4,7).

### **Sexo x interferencia (p= 0,004)**

Los hombres perciben una mayor interferencia que las mujeres entre la vida privada y la actividad laboral (Hombres con alta interferencia 2,1 y baja -3,3. Mujeres con alta interferencia -2,1 y baja 3,3).

### **Edad x puesto de trabajo (p= 0,014)**

Hay pocos funcionarios “viejos” en V1 y muchos en tratamiento (+ de 40 años en V1 -2,8 y en tratamiento 2,4).

### **Edad x prestigio (p= 0,003)**

Los funcionarios de más edad hacen valoraciones más benignas respecto al prestigio social de la profesión. (el grupo de 36 a 40 años que valora un prestigio medio -2,1 y bajo 2,2. El grupo de más de 40 años con prestigio medio 3,4 y bajo -3,3).

### **Hijos x claridad en las funciones (p= 0,009)**

Los funcionarios que no tienen hijos tienen las funciones más confusas que los que tienen (funciones muy confusas con hijos -3,2 y sin hijos 3,2).

### **Nivel de estudios x Salario (p= 0,030)**

Aquí aparece un resultado aparentemente paradójico que se comentará en la discusión: los diplomados tienen una consideración del salario desfavorable, de forma inversa a los licenciados que la tienen mucho más favorable (salario adecuado en diplomados -2,0 y escaso 2,3. En los licenciados, adecuado 3,4 y escaso -3,5).

### **Puesto de Trabajo x frecuencia de contacto (p= 0,000)**

Aquí aparecen algunas equivalencias que más tarde servirán para interpretar algunas interacciones significativas. Los funcionarios de V1 tienen una frecuencia de contacto de “varios días en semana” (6,4) Los de tratamiento de varios días al mes (4,3) los sanitarios “a diario” (3,3) al igual que los maestros (3,4) y obviamente los de oficinas “nunca” (11,0).

### **Puesto de trabajo x antigüedad (p= 0,000)**

Los funcionarios con poca antigüedad (menos de 5) años se encuentran en oficinas (2,5). Con antigüedad media (6 a 10 años) se encuentran en V2 (2,9) y con mucha antigüedad (más de 10 años) en tratamiento (3,2) y maestros (2,2). Hay muy pocos funcionarios con mucha antigüedad en V1 (-2,1). El grupo de sanitarios tiene una antigüedad media (2,1).

**Puesto de trabajo x claridad en las funciones (p= 0,006)**

El grupo de funcionarios de V1 tiene las funciones más confusas que el resto (muy claras -3,1, fundamentalmente confusas, 2,9) Los grupos de oficinas y área mixta, tiene las funciones muy claras (2,8 y 2,9 respectivamente).

**Puesto de trabajo x prestigio (p= 0,000)**

Ningún grupo piensa que el prestigio social sea alto por lo cual, lo que realmente discrimina son las respuesta prestigio medio y prestigio bajo. El grupo de V1 se diferencia del resto de los grupos al hacer una valoración del prestigio social de la profesión muy baja (medio -5,5 bajo 5,7). Los grupos de tratamiento y sanidad se encuentran en el polo opuesto, haciendo valoraciones significativamente menos desfavorables (tratamiento: medio 4,7 bajo -4,6. Sanidad: Medio 2,4 y bajo -3,0).

**Puesto de Trabajo x orientación (p= 0,044)**

El grupo de V1 se muestra contrario a que la función principal de la prisión sea la mejora de los internos en sus áreas deficitarias (de acuerdo -2,7 en desacuerdo 2,6) Tratamiento y maestros están de acuerdo (2,3 y 2,2 respectivamente) Los sanitarios están en duda (2,3).

**Puesto de Trabajo x valoración de la actividad (p= 0,000)**

El grupo de V1 considera que su función está muy poco relacionada con la mejora de los internos en sus aspectos deficitarios (alta -4,3, baja 4,9) Los grupos de tratamiento sanidad y maestros encuentran su función muy relacionada (alta 2,8 2,1 3,6 baja -4,4, -3,2 -2,9 respectivamente).

**Antigüedad x Valoración de la actividad (p= 0,001)**

Los funcionarios con menos antigüedad consideran que su función está poco relacionada con la mejora de los internos (relación media -1,9, relación baja 2,9) mientras que los funcionarios de más antigüedad perciben una mayor relación entre sus funciones y las de mejora de los internos (media 3,6 y baja - 3,1).

**Frecuencia de contacto x Claridad en las funciones (p= 0,047)**

Los funcionarios que trabajan varios días al mes en contacto con los internos (el grupo de funcionarios de V1 prácticamente es el único que lo constituye) destacan por no tener las funciones muy claras (muy claras -2,3) mientras que el grupo que “nunca” tiene contacto con los internos tiene las funciones muy claras (muy claras 2,8). Los que tienen un contacto diario tienen las funciones muy confusas (muy confusas 2,1).

### **Frecuencia de contacto x horario (p= 0,000)**

Los datos que aquí aparecen no hacen sino confirmar lo que apareció en el cruce entre frecuencia de contacto y áreas de trabajo.

### **Frecuencia de contacto x prestigio (p= 0,003)**

Los funcionarios que tiene una frecuencia de contacto de “varios días en semana” (es decir V1) tiene una baja consideración respecto al prestigio social de la profesión (medio -3,2 bajo 3,0). Los que tienen una frecuencia de contacto de “varios días al mes” tiene una consideración más favorable del prestigio social de la profesión (medio 3,5, bajo -3,4).

### **Frecuencia de contacto x éxito de la prisión en tareas de mejora (p= 0,035)**

El grupo de funcionarios con frecuencia de contacto de “varios días al mes” tiene una percepción del éxito de la prisión en tareas de mejora más benévola que el resto de grupos (éxito medio 2,9 éxito bajo -2,7).

### **Frecuencia de contacto x valoración de la actividad (p= 0,000)**

Aquí vuelven a apuntarse los datos ya reflejados en la interacción áreas de trabajo x valoración de la actividad. No obstante cuando el acento se pone en la frecuencia de contacto y no en el área, son los funcionarios con un trato diario con los internos los que tienen una mayor percepción de la alta relación de su actividad con las tareas de mejora (alta 3,6, baja -3,9).

### **Claridad en las funciones x horario (p= 0,005)**

Vuelven a recogerse las tendencias apuntadas en áreas de trabajo x claridad en las funciones.

### **Claridad en las funciones x valoración de la actividad (p= 0,038)**

Los funcionarios con las funciones “muy claras” perciben una “alta” relación de su actividad con las tareas de mejora con más frecuencia de la esperada.

### **Claridad en las funciones x interferencia entre vida privada y laboral (p= 0,017)**

Existe relación significativa entre los funcionarios con las funciones muy claras y con baja interferencia (2,0) así como entre los que tienen funciones confusas y la alta interferencia (fundamentalmente confusas y alta interferencia 2,5. Muy confusas y alta interferencia 2,0 fund. Confusas y baja interferencia -2,5).

**Horario x prestigio social percibido (p= 0,000)**

Aquí aparece la tendencia marcada ya con las áreas de trabajo x prestigio.

**Horario x valoración de la actividad (p= 0,000)**

Equivalente a área de trabajo x valoración de actividad.

**Prestigio x éxito de la prisión en tareas de mejora (p= 0,005)**

Aparece una alta relación entre aquellos funcionarios que perciben un medio y un bajo prestigio social y los que perciben un medio y un bajo éxito en tareas de mejora (3,1 y 3,6 respectivamente).

**Prestigio x valoración de la actividad (p= 0,001)**

Aparece también una gran relación entre el medio y alto prestigio y la alta relación con las tareas de mejora (2,4 y 2,1 respectivamente) entre las dimensiones bajas de ambas categorías (3,8).

**Orientación x salario (p= 0,031)**

Hay relación entre los funcionarios que opinan que el salario es escaso y los que opinan que las tareas de mejora no deben ser la función principal de la prisión. (salario adecuado y en desacuerdo con orientación de mejora -2.3 salario escaso y en desacuerdo con las tareas de mejora 2,4).

**Orientación x interferencia (p= 0,018)**

Se observa relación entre la opinión en desacuerdo respecto a la función principal en tareas de mejora y la alta interferencia entre vida laboral y privada (2,6).

**Éxito de la prisión en tareas de mejora x valoración de la actividad (p= 0,000)**

Aparece un comportamiento similar. Las categorías medias y bajas de ambas variables se relacionan entre sí (categorías medias 4,2, bajas 4,5).

**Salario x interferencia entre vida laboral y privada (p= 0,004)**

El salario percibido como adecuado se relaciona con una baja interferencia (3,5) y las interferencias alta y media, con un salario escaso (2,2 y 2,0 respectivamente).

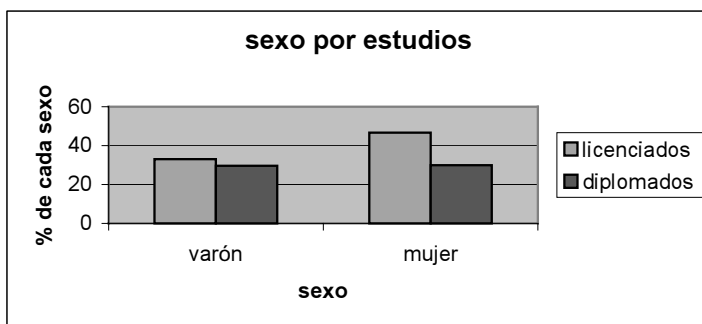
## DISCUSIÓN

El conjunto de datos observados vamos a analizarlos en torno a cuatro áreas en las que a nuestro modo de ver se centra la relevancia de las significaciones encontradas.

### 1) La variable sexo

Esta variable es la que considerada de forma independiente resulta el factor con mayor capacidad para provocar diferencias significativas en las variables estudiadas. El sentido de las diferencias observadas podría indicar en las mujeres una mayor capacidad de adaptación al entorno laboral o un mayor “conformismo”, según se quiera subrayar aspectos positivos o negativos, así como lo contrario en los hombres. Se aprecia en las mujeres más frecuencia en las puntuaciones bajas en los casos en que se midan “dificultades” (ej. interferencia de la vida laboral y la familiar, o claridad en las funciones) así como menos frecuencia, a diferencia de los varones, en el polo alto de variables indicadores de dificultades. (ej., adecuación/inadecuación del salario percibido, prestigio de la profesión, Éxito de la prisión en las tareas de rehabilitación). Parece que los hombres tienden a ser más tajantes y extremos a la hora de una valoración negativa y crítica mientras que las mujeres tienen un patrón de respuesta más homogéneo. Cuando no lo es, es porque se destacan en la valoración positiva y no en la negativa.

Hay otra área, donde se aprecia una diferencia significativa, que pensamos que pueda deberse al efecto, en este caso oculto, de la variable sexo. El hecho de que los licenciados universitarios perciban con mayor benevolencia el salario que reciben no cabe explicarlo porque el puesto de trabajo sea acorde con la licenciatura. Hay un total de 31 funcionarios licenciados que desempeñan funciones del grupo C (nivel de bachillerato), siendo el total de funcionarios licenciados 52. Cabría buscar explicaciones en la posible interferencia de la variable sexo (que resulta altamente significativa 0,000 en relación con la percepción del salario). Si fuese la variable en sí misma la que estuviese interactuando, cabría esperar un comportamiento similar en el nivel de diplomatura y sin embargo la relación es contraria. Para que fuese el sexo la que estuviese de forma oculta interviniendo, habría que comprobar un mayor número de mujeres en el grupo de licenciados que en el de diplomados. La gráfica de la distribución por sexos de licenciados y diplomados es la siguiente:



Gráfica 7



Como puede observarse, el grupo de mujeres licenciadas es mayor que el resto, por lo que no se descarta la hipótesis de la intervención de la variable sexo en la interacción significativa entre nivel de estudios y percepción de salario.

Cabe decir que *las mujeres perciben el entorno laboral de una forma significativamente más favorable que los hombres.*

## **2) Tendencias observadas en la distribución de funcionarios por áreas de trabajo**

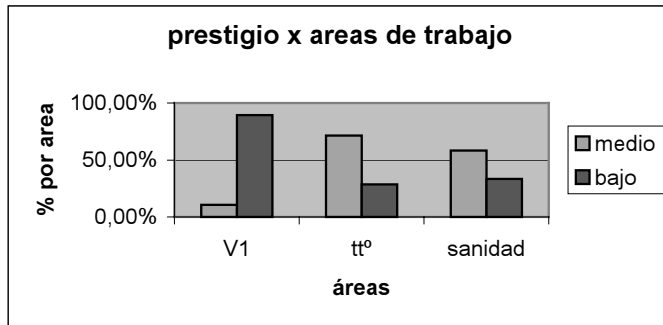
Los funcionarios más jóvenes y de menos antigüedad se encuentran en las áreas de oficinas y área mixta. Conforme avanza la edad y la antigüedad, se opta por pasar a desempeñar funciones de vigilancia. Desgranando esta observación, se aprecia la tendencia muy clara a buscar áreas diferentes de trabajo a V1 conforme se avanza en antigüedad y/o edad. Es muy poco frecuente el grupo de mayor antigüedad en este área de trabajo. Por otra parte, El área donde se encuentra una mayor concentración de funcionarios con mayor antigüedad es el área de tratamiento.

## **3) Las valoraciones y percepciones sobre el trabajo: la relevancia de la tarea desempeñada**

El grupo de funcionarios que trabaja en V1 tiene determinadas características que hacen pensar que el desempeño de estas funciones es altamente relevante con relación a las valoraciones, opiniones y percepciones del trabajo en la prisión. Este grupo tiene las funciones mucho más confusas que el resto. Esta diferencia se da también con los funcionarios que interaccionan mucho con los internos. En este caso, la practica totalidad de funcionarios de V1 se identifica con una alta frecuencia de contacto. Por otra parte, otra dimensión relevante con relación a la claridad en las funciones se aprecia curiosamente en relación con la valoración de la propia actividad. Aquellos funcionarios que entienden que sus funciones se relacionan con tareas de “mejora” de internos, tienen las funciones más claras así como en general una visión más favorable de la prisión en su conjunto. Así por ejemplo la opinión según la cual la orientación principal de la prisión debe ser la que se relaciona con las tareas de “mejora” de los internos, parece relacionarse con opiniones más “positivas” en varios aspectos como la percepción del salario, la interferencia entre la vida laboral y la privada y el éxito de la prisión en las tareas de mejora.

Los funcionarios de tratamiento, no se destacan por un resultado significativo en lo que respecta a la claridad en las funciones mientras que los de Vigilancia las tienen significativamente más confusas.

La valoración del prestigio de la profesión es también significativamente más baja en el grupo de Vigilancia 1.



**Gráfica 8**

Cabría hipotetizar que los funcionarios que desempeñan tareas “constructivas” o que van destinadas a la “mejora” de algún aspecto de los internos, tienden a hacer valoraciones más positivas del prestigio del trabajo que aquellos cuya tarea se restringe a labores de custodia y vigilancia, que es como se percibe el grupo de funcionarios de V1. Este grupo también destaca en relación a la opinión respecto a la orientación que debe tener la prisión. Este grupo se destaca con una mayor proporción de opiniones en contra de que la función de la prisión deba ser la de mejorar aspectos deficitarios de los internos, mientras que los grupos cuya tarea se identifica con estas funciones (maestros y tratamiento) destacan por opiniones a favor.

Los funcionarios de tratamiento manifiestan con una mayor proporcionalidad de la que cabría, tener una frecuencia de contacto de “varios días al mes” (residuo corregido 4,3) y en general perciben su trabajo con una alta relación con las tareas de mejora. No obstante considerado por sí mismo el dato de la frecuencia de contacto con los internos, el grupo que se identifica con el de tratamiento en una buena parte, “varios días al mes” no tiene potencia por sí mismo como para obtener significación en su cruce con la valoración de la actividad. En este caso, aquellos funcionarios que perciben su actividad relacionada en una alta dimensión con las tareas de mejora, se concentran en los que tienen un contacto diario con los internos. Parece apuntarse una mayor flexibilidad en el comportamiento laboral de los funcionarios de tratamiento que permite que haya una mayor frecuencia de la esperada en la opción “varios días al mes”. Por otra parte este subgrupo de funcionarios de tratamiento, no comparte con el resto la valoración de una mayor relación de su tarea con las actividades de mejora de los internos.

A pesar de la influencia observada de la tarea desempeñada en muchos de los aspectos valorables y de las percepciones con relación a la prisión, todos los grupos opinan unánimemente el bajo éxito de la prisión en las tareas de mejora de los internos, con un 72,6% de respuesta.

#### **4) La claridad en las funciones**

Esta variable ha destacado en este estudio por tener un comportamiento determinante y clarificador de la percepción del ambiente laboral de la prisión. Los cruces significativos de ésta con variables relevantes como sexo, puesto de trabajo, frecuen-

cia de contacto, interferencia e hijos parece ser sensible a diferentes áreas en este estudio. Por un lado, se relaciona con aspectos relacionados directamente las características propias del desempeño laboral, (puesto de trabajo, frecuencia de contacto). Por otro es sensible a la variable más potente considerada de forma independiente, el sexo. Por último también correlaciona con aspectos “externos” a la prisión y más en relación con la vida “privada” del funcionario, como pueden ser la interferencia del trabajo y los hijos. Aparece una sorprendente relación entre claridad en funciones e interferencia que indica que aquellos funcionarios con las funciones más confusas perciben también una alta interferencia entre la vida laboral y la privada. En el mismo sentido ocurre con la claridad en las funciones y la baja interferencia.

Resulta también llamativo que aquellos funcionarios con hijos tienen las funciones menos confusas que los que no los tienen. Cabría pensar que en ambos casos estamos observando los efectos de una variable del tipo “madurez emocional” o similar. En cualquier caso, queda abierto a futuras investigaciones si lo que se observa es una correlación entre dos variables que covarían porque responden al comportamiento de un mismo fenómeno o si hay relación causa-efecto entre ambas.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

Cuevas N. De D., Durán, Rius Díaz M.J. Enríquez Llagas F. J. El estrés asistencial (“Burnout”) en los funcionarios de prisiones *Boletín Criminológico* N.º 26 1997 1-3.

Hernández Martín L., Ramos Campos, F. Estudio del Síndrome del Burnout en los Funcionarios de Vigilancia penitenciaria *Interpsiquis* 2002 1-8.

Álvarez Borja, N. y Rodríguez Gómez, F. Estudio sobre el síndrome Burnout en el C.P. de Albolote. *Boletín de la Asociación de Técnicos de Instituciones Penitenciarias*. N.º 3 2001 10-15.

Caballero Romero J.J. (1986): “El mundo de los presos” en F. Jiménez Burillo y M. Clemente, *Psicología Social y Sistema Penal*, pp. 269-301 Madrid, Alianza Editorial.

Goffman, E (1988) Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales (1.ª ed. en inglés 1961) Buenos Aires. Amorrortu Editores.

García García J. y Sancha Mata V. *Psicología Penitenciaria* U.N.E.D. 1985 Madrid.

Paz Rubio J. M., González-Cuéllar García, Antonio, Martínez Atienza, Gorgonio y Martín-Sonseca, M. A. *Legislación Penitenciaria* Madrid 1996 Colex.

*Dulce Sánchez Hernández*

Maestra en el CEPA.  
Centro Penitenciario de Mallorca.

## **El absentismo en las aulas de los Centros Penitenciarios**

El absentismo escolar es todavía hoy un problema con el que se tiene que enfrentar la educación en el medio penitenciario. Se impone la necesidad de dar respuestas para conseguir que todos los analfabetos puedan asistir a la escuela.

Este artículo ha surgido a partir de un trabajo de investigación sobre el absentismo escolar para la Universidad de Oviedo. La justificación viene dada por la cantidad de personas sin estudios primarios que se concentran en los establecimientos penitenciarios y la necesidad de su reeducación.

## 1. LA EDUCACIÓN DE ADULTOS Y EL MEDIO PENITENCIARIO

### 1.1. La educación básica: la alfabetización

El significado del término educación básica o inicial no sólo se limita a saber leer y escribir, sino que actualmente significa poseer nociones de cálculo y conocimientos generales para el aprendizaje de un oficio. Con frecuencia se equipara al contenido de la educación primaria para los niños, pero en la actualidad la alfabetización de adultos debe ir mucho más allá.

El concepto de analfabeto ha ido cambiando hasta nuestros días. Antiguamente se consideraba analfabeto exclusivamente al que no sabía leer ni escribir. Hoy se puede considerar analfabeto incluso al que no tiene conocimientos mínimos de informática o no domina la lectura de imágenes, lo que rompe totalmente con la idea clásica de alfabetización.

Así definía la UNESCO a los analfabetos totales:

*“Se considera analfabeta a la persona que no puede leer y escribir correctamente una frase sencilla sobre su vida cotidiana”.* (SUTTON, 1994: 26).

Y a los analfabetos funcionales:

*“Se considera analfabeta funcional a la persona que no puede llevar a cabo actividades que exigen conocimientos básicos de lectura, escritura y cálculo para actuar con eficacia en el seno del grupo o comunidad y también para permitirle seguir utilizando la lectura, la escritura y el cálculo para su propio desarrollo y para el desarrollo de la comunidad.”* (SUTTON, 1994: 27).

El concepto de alfabetización es pues muy relativo y se debe definir en el contexto de referencia. Esta definición del contexto permitirá delimitar los objetivos a alcanzar para, con posterioridad, establecer las medidas y orientaciones a adoptar.

*“La alfabetización es y debe siempre ser “funcional”, es decir, significativa y útil para niños, jóvenes y adultos, una herramienta poderosa de expresión, comunicación tanto en su vida personal como en su relación con la familia, la comunidad y la sociedad en su conjunto”.* (NACIONES UNIDAS, 2000b: 1).

Ante la importancia del problema, pues en el mundo son millones los analfabetos, los organismos internacionales han adoptado diferentes medidas e iniciativas para acabar con el analfabetismo.

Se comenzó el camino en 1967, cuando la ONU y la UNESCO proclamaron el día 8 de septiembre como *“Día Internacional de la Alfabetización”*. A partir de aquí han sido numerosos los intentos para erradicar el analfabetismo pero sin grandes resultados.

Bajo los auspicios de las Naciones Unidas para el Desarrollo, la UNESCO, la UNICEF y el Banco Mundial, se celebró en Jomtien, (Tailandia, 1990) (Año Internacional de la Alfabetización) la *Conferencia Mundial sobre Educación para Todos* que proclamó en su artículo primero que: *“Toda persona -niño, joven o adulto- deberá poder beneficiarse de las oportunidades de educación destinadas a atender sus necesidades básicas”*. (SUTTON, 1994: 1).

El problema de la educación básica para todos continúa sin resolverse y siguen necesitados de alfabetización, vital para su desarrollo, millones de personas en el mundo y no sólo en los países subdesarrollados o en vías de desarrollo. El último gran reto que se ha propuesto la sociedad internacional es un plan mundial de erradicación del analfabetismo, con un plazo estipulado de quince años para cumplimentarlo, lo que hace suponer que será un compromiso serio en el que se impliquen realmente las naciones.

Se corre el riesgo de que sin un mundo alfabetizado, los avances del conocimiento y de las modernas tecnologías de la información y de la comunicación puedan servir únicamente para agrandar, antes que para reducir, el abismo que separa a los ricos de los pobres, a los que tienen y a los que no.

*“Sin un mundo alfabetizado, los avances del conocimiento y de las modernas tecnologías de la información y de la comunicación pueden servir únicamente para agrandar, antes que para reducir, el abismo que separa a los ricos de los pobres, a los que tienen y a los que no”*. (NACIONES UNIDAS, 2000b: 1).

## **1.2. La educación en el medio penitenciario**

En todas las sociedades existen, y siempre han existido, grupos de personas que no gozan de algunas de las oportunidades sociales, culturales y económicas de que disfrutaban otros. Su exclusión puede ser oculta, legítima o legitimada.

Los reclusos son uno de esos grupos marginados, excluidos de la sociedad, en este caso de manera consciente e intencionada, por haber cometido delitos contra la sociedad (personas, propiedades, valores). Sin embargo, esto no significa que su encarcelamiento temporal sea una respuesta suficiente para acabar con el fenómeno de la delincuencia. La frecuencia de la reincidencia hace indicar que podría hacerse algo más. Las medidas educativas se ven, cada día más, como la respuesta, la alternativa o la medida complementaria al encarcelamiento.

Por otro lado, la educación está reconocida como una necesidad básica y como un derecho humano. En consecuencia, puede decirse que el encarcelamiento no debe privar de uno de los derechos civiles básicos como es el derecho a la educación.

*“Desde el principio del decenio de 1970, las organizaciones internacionales de educación y muchos especialistas en educación han adoptado un punto de vista holístico de la educación, considerando cada actividad docente como parte de un proceso que se prolonga durante toda la vida. Desde este punto de vista, no hay razón alguna para que este proceso se rompa por el encarcelamiento”*. (SUTTON, 1994: 80).

Las personas más desfavorecidas son las que no saben leer ni escribir. En un mundo dominado por los mensajes escritos, el saber leer y escribir está considerado como el conocimiento más esencial para el progreso educativo. La alfabetiza-

ción es pues uno de los medios para combatir esa exclusión de la participación en la sociedad.

Es imposible separar el proceso educativo del contexto en que tiene lugar. El entorno restrictivo de la prisión la convierte en un marco especialmente difícil para la educación, por las dificultades inherentes a un medio hostil donde se concentra una población en unas condiciones marcadas por la falta de libertad y la obligatoriedad de la estancia.

El ambiente penitenciario es un lugar poco apropiado para la educación, dice Garrido Genovés (1986), pero un lugar donde la educación tiene una importancia fundamental si tenemos en cuenta los propios fines educativos de la institución.

Actualmente, en los países de nuestro entorno, se reconoce legalmente el derecho a la educación, así como el deber de educarse y la obligación de ofrecer una educación a los internos.

### *La educación básica*

La formación básica o inicial se considera la actuación prioritaria entre las actividades que se programan en los Centros Penitenciarios, así lo destaca la legislación:

*“La formación básica que se imparta a los analfabetos, a los jóvenes, a los extranjeros y a las personas con problemas específicos para su acceso a la educación tendrá carácter prioritario”. (REGLAMENTO PENITENCIARIO, 1996: Art. 123).*

Según este Reglamento, la educación básica presencial es obligatoria para aquellos internos que no posean estudios básicos, siendo la única oferta de enseñanza que obligatoriamente está presente en todos los Centros y se considera base para la reinserción social.

### *Nivel escolar de la población penitenciaria*

En los años cincuenta, decía Capellades (1975a), que el 17% de la población española era analfabeta. Hoy en las prisiones (Dirección General de Instituciones Penitenciarias (II.PP.), (2002e) un 30% de la población es analfabeta.

La evolución del nivel escolar de la población penitenciaria en España, podemos estudiarla a través de los datos que han sido recopilados por los siguientes autores: Fernández en 1989; Arnanz en 1994; Ríos Martín en 1998; e II. PP. en 2002.

### **Cuadro 1.1. Porcentajes de población penitenciaria analfabeta en España (2002)**

<b>Nivel Educativo</b>	<b>%</b>
- Analfabetos totales	10,1 %
- Analfabetos funcionales	19,07%
<b>- Total</b>	<b>29,17%</b>

(Elaborado a partir de datos de la DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS, 2002e:1).

En conclusión, la población interna en Centros Penitenciarios destaca por el bajo nivel de estudios que posee. Si nos remontamos a 1989, Fernández encontraba que el 16,8% de la población no tenía estudios, un dato indicativo de las carencias escolares de los internos en aquellos momentos.

Hoy una amplia mayoría de internos no posee titulación alguna ni posee los estudios primarios completos y, muchos, no han estado escolarizados nunca. Los analfabetos no han disminuido sino que han aumentado más de 10 puntos después de doce años, llegando al 29,17% de la población reclusa. Los datos son preocupantes y la necesidad de educación básica es un hecho que exige una planificación educativa seria en los Centros Penitenciarios.

## **2. LAS UNIDADES EDUCATIVAS DE LOS CENTROS PENITENCIARIOS**

### **2.1. Definición**

Las Unidades Educativas de los Centros Penitenciarios son las encargadas de la enseñanza básica para personas adultas en el interior de los Centros, como recoge el Reglamento Penitenciario (1996).

*“Las Unidades Educativas son las encargadas de los cursos obligatorios de formación básica”.* (REGLAMENTO PENITENCIARIO, 1996: Art. 126.1).

### **2.2. Objetivos**

El principal objetivo de las Unidades Educativas es el desarrollo integral de la personalidad de los internos. Esta finalidad educativa es de reciente incorporación en la normativa penitenciaria y se recoge en la Exposición de Motivos del Reglamento Penitenciario de 1996.

Por otro lado, no podemos olvidar el contexto en el que se desenvuelve la educación, la prisión. Una institución cuyos fines son también educativos “la reeducación y reinserción social” de los individuos a los que atiende.

Ambos fines, el de la Institución Penitenciaria y el de las Unidades Educativas, se convierten en uno: un fin reeducador con la perspectiva del máximo desarrollo del individuo en todas las facetas de su personalidad que le permitan, una vez recobrada su libertad, vivir como miembro útil de la sociedad, sin delinquir.

### **2.3. La escolarización**

#### *La escasa participación*

Advertía el Defensor del Pueblo, en el año 1988, sobre el elevado porcentaje de analfabetos en los Centros Penitenciarios y recomendaba a las administraciones combatir este problema con una atención prioritaria. Esta recomendación se recogió en la legislación posterior, es decir, en el Reglamento Penitenciario de 1996, que en su articulado menciona la necesidad de prestar una atención prioritaria a este nivel educativo para erradicar el analfabetismo.



El Defensor del Pueblo seguía insistiendo en su advertencia, en el año 1997, casi diez años después, cuando informaba sobre la educación y formación profesional, sin embargo, a través de sus visitas, apreciaba una mejora de la situación durante los últimos años, en cuanto a la oferta de actividades a los internos y de medios personales y materiales. A pesar de ello, no se ha producido un incremento considerable del número de internos participantes en las actividades escolares. Resaltaba el Defensor la dotación insuficiente de personal (maestros), una de las actuaciones vitales para solucionar el problema. No sólo el Defensor del Pueblo también otros autores como Ríos Martín y Cabrera Cabrera (1998), relataban la misma precaria situación.

*“Se aprecia una mejora en cuanto a los medios personales y materiales durante los últimos años, circunstancia no acompañada de un incremento del número de internos participantes en estas actividades”.* (DEFENSOR DEL PUEBLO, 1997: 1).

*“El número de internos participantes en actividades educativas continúa siendo bajo”.* (RÍOS MARTÍN/CABRERA CABRERA, 1998: 75).

**Cuadro 2.1. Datos de matriculación estimada para el 2001, en enseñanzas regladas no universitarias para todos los centros penitenciarios españoles. (Fuente: O.A.T. y P.P., 2002: 1).**

Nivel	Número	% sobre la población penitenciaria
Enseñanza básica:		
- Nivel I	3.594	9,20
- Nivel II	3.457	8,78

Los índices de asistencia a la escuela esperados para 2001 eran el 28,55% del total de la población penitenciaria, poco más de la mitad de las personas necesitadas de educación acudirían a las aulas, siendo particularmente llamativo el dato de enseñanzas básicas para las que se esperaba una escolarización del 17,98%, la mitad de los que la necesitaban.

Destaca el caso de los analfabetos, 29,17% de la población, según datos del Organismo Autónomo de 2002. Por el contrario se esperaba para 2001 que asistieran a las aulas solo un 9,20% de internos.

Los escasos autores que tratan la educación en los Centros Penitenciarios están de acuerdo en afirmar que la escolarización básica de analfabetos, es el gran problema con el que se enfrenta la reeducación en los Centros. El gran reto a afrontar por las Administraciones y por los maestros de las Unidades Educativas, será dar respuesta a esta deficiencia.

Los medios materiales estructurales en los centros penitenciarios han mejorado notablemente a lo largo de los últimos años, pero la falta de recursos humanos sigue siendo una de las asignaturas pendientes en los centros, es de esperar que con el traspaso de maestros a las Comunidades Autónomas (faltan por transferir Cantabria y País Vasco) vayan aumentando los profesionales. Por otro lado, la mitad de la población sigue presentando grandes carencias educativas.

En general, el gran problema de las Unidades Educativas es la escasa participación de los internos, el absentismo escolar, que hace imposible acabar con el analfabetismo y por tanto, hace muy difícil la reeducación de los internos. La asistencia a las escuelas es muy baja y según las estimaciones se espera que continúe la misma tónica. Parece claro que el absentismo es el mayor problema con que se encuentra la educación en los Centros Penitenciarios, pero ¿es la falta de maestros la única causa? Se impone la necesidad de investigar las causas concretas de la situación actual, estudiar las posibles soluciones, que posibiliten emprender mecanismos diferentes a los actuales, potenciar nuevas iniciativas, propuestas y actuaciones para cambiar esta dinámica general y así posibilitar una incorporación masiva de internos a las aulas de los Centros Penitenciarios, es decir, una escolarización total por lo menos de los analfabetos. Veamos lo que ocurre en un Centro Penitenciario concreto, el Centro Penitenciario de Mallorca.

### **3. DISEÑO METODOLÓGICO DEL ESTUDIO**

#### **3.1. Objetivos**

El estudio que se pretende realizar tiene como objetivo fundamental el siguiente:

**- Valorar las necesidades de escolarización básica de los analfabetos del Centro Penitenciario de Mallorca, buscar las causas y señalar posibles soluciones.**

Pretende ser un estudio sobre el absentismo en las aulas del Centro Penitenciario de Mallorca, centrado en lo que se refiere a la alfabetización. Se trata de ver cómo está planteado y organizado el problema de educación básica en la realidad cotidiana de ese Centro, viendo cuáles son las dificultades que inciden en la escolarización, para sobre ellas estimar las posibles propuestas de mejora, de tal manera que se incrementen el número de los internos analfabetos que reciben una educación básica, a la que, por otra parte, todos tienen derecho.

#### **3.2. Metodología**

Se propone una investigación educativa, siguiendo los pasos que indica Fox (1987) y Cohen/Manion (1990), para realizar una investigación aplicada, exploratoria y cualitativa, que tenga como finalidad dar respuesta a un problema concreto, la escolarización básica de analfabetos en un Centro Penitenciario.

Se puede definir el método de investigación como descriptivo, de acercamiento a la realidad educativa y se propone un tratamiento cualitativo de los resultados.

La primera cuestión a abordar es la justificación de la metodología para, posteriormente, continuar con la descripción del método.

##### *3.2.1. Justificación*

Se plantea, siguiendo a Arnal, Rincón y Latorre (1994 y 1996), una investigación que se puede considerar cualitativa por el tratamiento de los datos de carácter básica-

mente cualitativo, en busca de la máxima profundidad de los resultados y acorde a criterios de fiabilidad y validez.

### 3.2.2. Descripción

Esta investigación también se puede definir, en cuanto a su dimensión temporal, como investigación descriptiva, tratando de analizar todos los aspectos del problema, desmenuzándolo y definiéndolo en una situación concreta, la del Centro Penitenciario de Mallorca y concretamente de su Unidad Educativa, en un momento concreto, el curso 2004-2005. En definitiva se estudia el fenómeno en el presente.

### 3.3. Población y muestra

**Cuadro 3.1. Muestra de población por grupos**

<b>Grupos</b>	<b>N.º de participantes</b>
Maestros	5
Analfabetos escolarizados: <b>Hombres</b>	6
<b>Mujeres</b>	6
Analfabetos no escolarizados: <b>Hombres</b>	21
<b>Mujeres</b>	19
Responsable de formación	1
<b>Total</b>	<b>58</b>

### PROCEDIMIENTOS DE RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN

- La documentación de la Unidad Educativa
- La entrevista

#### La entrevista

Se ha elegido este instrumento para la recogida de información pretendiendo penetrar, lo más profundamente en lo que cree realmente el informante y llegar a un conocimiento exhaustivo de todos los detalles del problema a estudio. Se establecieron cuatro grupos de muestreo para la recogida de información a través del mecanismo de la entrevista.

Por otro lado, se ha de tener en cuenta que una parte de la recogida de información va dirigida a una muestra analfabeta, limitada en sus capacidades lecto-escritoras, por ello se ha elegido la entrevista por considerarla como la técnica más adecuada para este tipo de población.

## **Fiabilidad**

El conocimiento previo de la Unidad Educativa del que parte la entrevistadora (maestra que forma parte de esta Unidad Educativa) es importante en la búsqueda de la verdad.

### **Cuadro 3.2: Fases principales de recogida de la información.**

1. <sup>a</sup> Fase: Bibliográfica
2. <sup>a</sup> Fase: Documental
3. <sup>a</sup> Fase: Exploratoria

Este estudio descriptivo, incluida la construcción de cuadros sinópticos, gráficos de porcentajes, ha sido elaborado a partir del análisis de la documentación, referida a la Unidad Educativa, facilitada y la información aportada por el Coordinador de Formación, en cuanto a las demás actividades formativas que se desarrollan en el centro.

## **4- RESULTADOS**

### **4.1. Descripción del Centro Penitenciario**

El Centro Penitenciario de Mallorca inaugurado en 1999. De estructura modular dispone de un total de 14 módulos residenciales. A fecha de 28 de octubre de 2005 cuenta con una población total de 1.334 internos; de los cuales 1.232 son hombres y 107 mujeres; perteneciendo a la categoría de jóvenes 63 internos y siendo 385 los extranjeros.

### **Cuadro 4.1. Total de población sin estudios básicos en el Centro Penitenciario de Mallorca. (Curso 2004-2005).**

<b>Nivel Escolar</b>	<b>Número total</b>
- Básica sin completar	727

En el cuadro revela que el número total de internos sin una formación básica supera el 50% de la población total penitenciaria. En el siguiente cuadro vemos como para los varones, sin estudios básicos completos, están próximos al 50%.

**Cuadro 4.2. Porcentajes de escolarización en el Centro Penitenciario de Mallorca (2005). (sobre la población total)**

<b>Escolarización</b>	<b>% sobre total de población</b>
- Sin estudios primarios	54,5

La población sin estudios básicos completos representa el 54.5% del total de la población, más de la mitad de la población interna en el Centro.

**Cuadro 4.3. Desglose por sexos del porcentaje total de analfabetos en el Centro Penitenciario de Mallorca (marzo, 2005).**

<b>Nivel escolar</b>	<b>Hombres % sobre población total</b>	<b>Mujeres % sobre población total</b>
- Sin estudios básicos completos	47	7,5

Por sexos podemos decir que las mujeres tienen niveles escolares muy bajos, el 67,7% de ellas no cuenta con estudios primarios completos; en el caso de los hombres, son el 22,65%.

**Cuadro 4.4. Población de nivel I en el Centro Penitenciario de Mallorca (2005). (según el sexo)**

<b>Población</b>	<b>Hombres</b>		<b>Mujeres</b>	
	<b>N.º</b>	<b>%</b>	<b>N.º</b>	<b>%</b>
- Nivel I (alfabetización)	279	22,65	73	67,7

## **LA UNIDAD EDUCATIVA DEL CENTRO PENITENCIARIO DE MALLORCA**

### **Objetivo y principios fundamentales**

El objetivo principal de los maestros de la Unidad Educativa está centrado en la búsqueda del desarrollo integral de la personalidad de los internos. Inspirados en esta finalidad, el equipo educativo ha elaborado unas prioridades que van a marcar y dan fundamento a su actuación a lo largo del curso e inspiran su método didáctico:

a) *Los principios de actuación*

La Unidad Educativa atendiendo a las características de la población y la memoria del curso anterior, ha realizado un balance de prioridades y principios y ha elaborado los siguientes fundamentos rectores de su actuación.

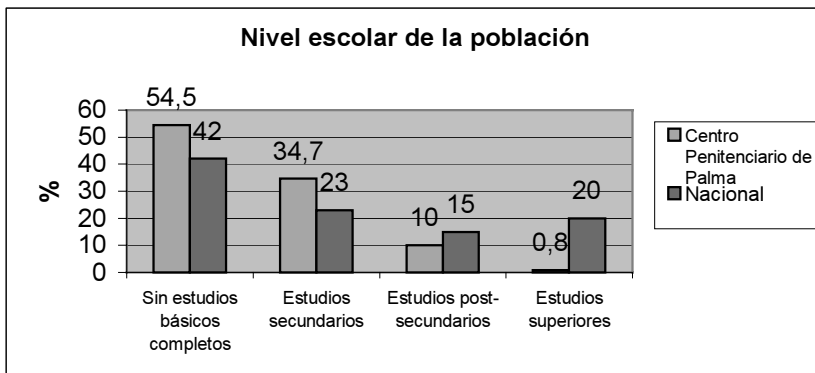
- 1- La enseñanza básica
- 2- Prioridad para la alfabetización
- 3- Matrícula abierta todo el año
- 4- Orientación escolar a toda la población que la demande
- 5- Mejorar la calidad de las enseñanzas

**Cuadro 4.5. Media y porcentajes de internos matriculados en enseñanzas básicas en la Unidad Educativa a lo largo del curso 2004-2005.**

Nivel de enseñanza	Hombres N.º	Mujeres N.º	Total	%
Nivel I	51 (7 jóvenes)	6	57	
Nivel II	20 (10 jóvenes)		20	
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>6</b>	<b>77</b>	<b>100</b>

- Insistimos en el escaso número de internos escolarizados y en la escasez de mujeres.

**Gráfico 4.6. Comparativa de los porcentajes de la población según el nivel escolar en el Centro Penitenciario de Mallorca y de la población adulta general a nivel nacional.**



- Se observa que el grueso de la población en el Centro Penitenciario presenta un nivel de estudios básicos sin completar, superior un 12,5% a la media general de la población adulta.

## **5. ANÁLISIS DE LAS OPINIONES DE LOS PARTICIPANTES SOBRE EL ABSENTISMO ESCOLAR**

A continuación pasamos a analizar las principales dificultades que existen para la plena escolarización de los analfabetos en el Centro Penitenciario.

### **5.1. La perspectiva de los maestros**

Los maestros en sus respuestas a las diferentes cuestiones de las entrevistas exponen sus opiniones sobre las motivaciones y causas que tienen los alumnos para asistir a la escuela, así como su perspectiva sobre el panorama general en el que se encuentra la actividad escolar en el Centro.

● Sobre la información que reciben los analfabetos relacionada con la escuela. Las opiniones sobre este tema son variadas, con todo, se observa que la información sobre la escuela que realizan los educadores o los asistentes sociales es mínima y son los internos entre ellos los que se pasan la información o bien cuando ven a algún maestro se enteran de las posibilidades que tienen de asistir a la escuela. Las respuestas son las siguientes:

“Se supone que reciben información al entrar en el Centro, en general se informan de las actividades escolares de interno a interno”. (M2)

“La información que reciben los internos sobre la escuela casi es inexistente por parte de los educadores, simplemente se limitan a pegar un cartel en el tablón de anuncios (¿eso es informar a los analfabetos?) y recoger las instancias que van a ellos dirigidas”. (M4)

“La mayoría se informa por los compañeros”. (M1)

● Respecto a la obligación de los analfabetos de asistir a la escuela. No existe en el Centro obligación de asistir a la escuela. Acude el que tiene interés, o se ve motivado por algún educador, las respuestas son contundentes al señalarlo así:

“A nadie le obligan, los que acuden lo hacen voluntariamente”. (M3)

“Los educadores recomiendan ir a la escuela a los internos que no tienen otra actividad que ofrecerles, generalmente”. (M4)

● Sobre la orientación que reciben los analfabetos de las posibilidades de acudir a la escuela. La sensación que transmiten las respuestas de los maestros es que no hay una publicidad organizada de la oferta formativa que las aulas ofrecen simplemente se limitan a recoger las instancias de solicitud que los educadores aportan. Se intenta motivar para que los alumnos no abandonen la escuela, una vez ya han comenzado su aprendizaje.

“Falta una campaña de motivación hacia la tarea escolar. Cuando el interno abandona el aula algunos maestros, sin la ayuda de nadie, se preocupan en buscar y en motivar al interno para que continúe y no abandone la escuela. Pero a veces es muy difícil pues el equipo de tratamiento le ha ofrecido otro puesto, cursillo, o actividad y el interno se ve forzado a atender la sugerencia de los técnicos que, al final, son quienes van a valorar su comportamiento y por tanto prefieren seguir sus indicaciones”. (M2)

“Se intenta motivar a algunos internos para que continúen aprendiendo, algunas veces son razones de necesidad económica las que les llevan a preferir un trabajo remunerado, estas actividades son incompatibles con el colegio, por la coincidencia horaria y por la poca flexibilidad”. (M1)

“Se aconseja en alguna ocasión por nosotros, los maestros, que vengan a la escuela, vean si les agrada, y decidan”. (M4)

● En lo que respecta a la necesidad de priorizar la actividad escolar para los analfabetos sobre las demás actividades del Centro. Todos los maestros expresan su convencimiento de que la escuela para los analfabetos debe ser la actividad prioritaria pero se debe buscar la compatibilidad con las demás actividades que el Centro ofrece.

“En la actualidad no hay flexibilidad y es la causa de que muchos analfabetos no acudan a la escuela y se vean al mismo tiempo imposibilitados para realizar cualquier aprendizaje profesional, por su falta de habilidades, viéndose abocados a realizar los trabajos más humildes”. (M4)

“Los internos no pueden compatibilizar dos tareas pues los horarios se superponen. Muchos al estar realizando un trabajo, aunque lo deseen, no pueden acudir a clase”. (M2)

“Es fundamental, para nuestro trabajo y sobre todo para la educación de los internos, la priorización de la alfabetización ante cualquier otro trabajo o actividad y la compatibilidad aunque sea a tiempo parcial de diferentes actividades”. (M1)

● En cuanto a las necesidades más urgentes de la Unidad Educativa respecto a la escolarización de analfabetos. Todos los maestros aprecian que su necesidad más urgente es la ampliación del profesorado del Centro que posibilite la escolarización de todos los analfabetos.

“Más profesorado que permita atender las necesidades de enseñanza de los internos de tal forma que se les de la oportunidad de conseguir el Graduado en ESO a través de la enseñanza presencial”. (M4)

Además, señalan la necesidad de incardinar el trabajo escolar en las demás actividades del centro a través de una coordinación con los responsables tratamentales y regimentales del centro. Una labor conjunta para facilitar la incorporación de los analfabetos a las aulas, así como para valorar el esfuerzo personal del que aprende, como se refleja en las siguientes respuestas:

“Hacer de la educación una necesidad prioritaria para los analfabetos y también sería necesaria una coordinación para que, una vez detectado el analfabeto, se pongan los elementos necesarios para atraerlo a la escuela”. (M2)

“Disuadir a los analfabetos para que asistan a la escuela antes que ir a otra actividad”. (M5)



“Facilitar que los internos puedan compaginar la asistencia a la escuela con otras actividades”.(M3)

● Hablando de la coordinación y colaboración entre estamentos del Centro. Los maestros indican que no hay colaboración por parte de los otros sectores o áreas del Centro con la Unidad Educativa, y para ellos es totalmente necesario activar mecanismos de coordinación de actividades en una política común a favor de la educación integral de los internos del Centro.

“No existe colaboración entre los órganos del Centro con la Unidad Educativa. Cada área funciona por su cuenta lo que supone, muchas veces, un mayor esfuerzo con una menor eficacia”. (M1)

“Aunque hay interés por coordinarse a la hora de la verdad no se respeta, lo que lleva a una desorganización”. (M3)

## **5.2. La perspectiva de los internos analfabetos\***

Se analizan las respuestas de los dos grupos de internos entrevistados, primero el grupo de los alumnos analfabetos escolarizados, en segundo lugar, se describen las respuestas de los analfabetos no escolarizados.

### *5.2.1. Los analfabetos escolarizados*

Se plasma seguidamente la visión de los alumnos analfabetos sobre el problema del absentismo escolar. En primer lugar, indicar que se analizan las respuestas de las mujeres primero y luego las de los hombres.

● Sobre si existe algún tipo de obligación que les impulse a acudir a la escuela. Sorprende la respuesta más indicada por las mujeres, pues son ellas mismas las que se obligan, cuando en el Centro no se les exige asistir al colegio, sólo se les recomienda a todas que acudan:

“Se obliga una misma”. (AE7), (AE10), (AE11)

“No se obliga a nadie”. (AE8)

“Se recomienda y además está bien visto”. (AE9).

En cuanto a la opinión de los hombres está claro que no existe la obligación de acudir a la escuela por parte del Centro, aunque todos admiten que deberían ir a clase todos los analfabetos. Otra vez aparece la responsabilidad personal, como elemento que a cada uno le impulsa a acudir a la escuela.

“Deberán venir. No se obliga a nadie”. (AE16), (AE12)

“La obligación de uno mismo, pero tenían que venir todos por ellos mismos”. (AE13)

“Tendrían que venir todos”. (AE 14)

Lo mismo que entre las mujeres ocurre con los hombres. Se detecta mayoritariamente entre los hombres que la información es personal, cada uno se informa como puede. En general, se informan entre los compañeros, aunque a algunos, los menos, la información les llegó por el maestro o el educador.

“El maestro”. (AE17),

“Los compañeros”. (AE12), (AE13),

“El maestro y la educadora”. (AE14)

“Nadie te informa, te enteras por tu cuenta”. (AE16), (AE15)

● En cuanto a la conveniencia de exigir la asistencia a la escuela a todos los analfabetos, las mujeres comentan que es necesario que todas vayan a clase, como forma de mejorar, para su propio beneficio, para ser mejor persona. Se tendría que exigir, obligar a todas a ir a clase:

“Tenían que venir todas a la escuela, así no se estarían buscando problemas en el patio”. (AE7)

“Tendrían que venir todas a la escuela para sacar provecho del tiempo que están aquí, para aprender”. (AE11)

En los hombres las respuestas son más variadas, unos opinan que debe respetarse la opción de cada persona, otros dicen que es cosa de niños, que no les gusta pues nunca les gustó ir a la escuela, o bien que no lo necesitan para nada:

“Que cada uno haga lo que quiera, si no quieren ir a clase es su problema”. (AE16)

Lo mismo que las mujeres, en general, entre los hombres son muchos los que ya aconsejan o informan sobre la escuela a sus compañeros. Algunos son más negativos y ven que cada uno debe cumplir con su papel y deben ser los trabajadores del Centro los que tienen que hacer su trabajo e informar de todas las actividades que se pueden hacer y dar a cada uno la oportunidad de trabajar y hacer actividades, pero no se preocupan y tienen a muchos internos tirados en el patio:

“Sí participaría en otros cursos, si me dan la oportunidad.” (AE15)

“Informo a los amigos, le digo a los amigos cuando entran que vengan a la escuela”. (AE12)

“No. Son los educadores los que tienen que dar algún taller o curso para que no esté la gente todo el día en el patio, pero hay muchos que no quieren hacer nada pero cuando hablan con sus colegas o ven que las actividades de la escuela son interesantes quieren engancharse y se quieren apuntar a las clases”. (AE14)

### *5.2.2. Los analfabetos no escolarizados*

Este grupo de entrevistados no realiza cursos de ningún tipo. Alguno trabaja en actividades sin cualificar, en la limpieza o como ordenanza. Sin recursos para optar a mejoras, se muestran reticentes, desinteresados, apáticos, y esperando una ayuda. Después de unos minutos su reticencia se muestra superada y se torna en un deseo de colaborar.

● En cuanto a la información sobre actividades que han recibido y su fuente de información, las mujeres subrayan la falta de información sobre las actividades que se desarrollan en el Centro, y cómo van solventando la situación apoyándose en las compañeras.

“Nadie te informa; entre nosotras las compañeras como nos enteramos de los talleres que existen”. (ANE18)

“Las compañeras te informan, pero tendrían que venir los educadores e informarnos”. (ANE29)

“Nadie te dice nada, tú te buscas el cursillo o el trabajo como puedes, pero es difícil que los educadores te lo den. Tienes que esperar mucho tiempo”. (ANE30)

Entre algunos de los hombres existe un escepticismo grande. En general encontramos un panorama negativo. A los que realizan alguna actividad se la encomendó o el educador o bien algún funcionario, después de muchas solicitudes. No hay actividades para todos. También se quejan de la falta de información, les suele llegar en general mediatizada por los compañeros y en alguna ocasión por el educador o los funcionarios.

“No te informa nadie, tú te buscas la vida”. (ANE52)

“Nadie se interesa, aquí no aparece nadie a decirte lo que puedes hacer”. (ANE47)

“El educador me dio el trabajo y el funcionario”. (ANE50)

Lo poco que conocen los hombres sobre la escuela es a través de los compañeros. Su información no es muy extensa, apenas conocen a algún maestro y a algún compañero que asiste. Sobre las actividades que se realizan en el aula: suponen que leen y escriben simplemente, no tienen información concreta de cómo se desarrollan las actividades escolares; pero están dispuestos a acercarse a ella.

“Conozco a un maestro, pero no sé lo que hacen, supongo que leer y escribir. De momento no voy pero iría si me lo piden para ver a los amigos y al maestro”. (ANE39)

“Supongo que es como una escuela cualquiera por eso no me gusta, aunque no he ido nunca”. (ANE51)

● Respecto a los cambios más urgentes que introducirían en actividades escolares. Las mujeres introducirían cambios en las actividades: ver videos, dibujar, actividades lúdicas; también creen importante una mayor implicación de los docentes en la motivación escolar:

“Si me lo piden los maestros, a lo mejor iría algunos días a la escuela, y si hacen actividades en el patio también”. (ANE17)

Los hombres muestran una buena predisposición en general a acudir a la escuela siempre que se cumplan algunos requisitos como que deje de ser aburrida, y que te den algún beneficio inmediato, además tiene que haber más facilidades en el horario de trabajo para que puedan compatibilizar trabajo y escuela. También si se les garantiza la continuidad de los aprendizajes de tal forma que a la larga puedan obtener un título escolar.

“Sí iría si me lo pide el educador o el maestro y me dan el graduado”. (ANE44)

“Iría si me lo piden y puedo ir luego con los ordenadores”. “Si puedo conseguir el graduado escolar iría a la escuela”. (ANE48)

“Yo trabajo y si me dejara tiempo libre el trabajo iría algunos días a la escuela”. (ANE38)

Señalan la necesidad de coordinar horarios para que todos los analfabetos puedan asistir a la escuela en algún horario durante el día, flexibilizando el horario laboral sin merma en las retribuciones, así compaginar actividades.

“Asistiría si me dejaran algún rato poder ausentarme del trabajo”. (ANE37)

“Si pudiera haría el trabajo y estudiaría, pero tienen el mismo horario”. (ANE38)

### **5.3. La perspectiva del Coordinador de Formación**

Para el coordinador de formación la actuación más urgente respecto a la actividad educativa dentro del Centro, es la alfabetización, dar una formación base. Indica la necesidad urgente de subir el nivel escolar de los internos como algo vital para una formación continua:

“El problema con que nos encontramos es el bajo nivel que tienen los internos, por lo cual muchas veces es imposible programar más cursos de formación laboral, por no contar en el centro con el número suficiente de internos que presenten un nivel escolar mínimo para realizar cursos de capacitación profesional”. (R)

Señala la necesidad de implicar a todos, maestros, Equipo de Tratamiento, para poder ofrecer a todos los internos una formación continua, básica y profesional:

“La colaboración entre todos es fundamental si queremos dar oportunidades de formación a todos los internos y conseguir resultados educativos”. (R)

## **6. CONCLUSIONES PRINCIPALES Y PROPUESTAS DE ACTUACIÓN**

### **6.1. Conclusiones referidas a la situación de la Unidad Educativa**

*1.- Se confirma la escasa escolarización de los analfabetos en el Centro, en especial de los varones mayores y las mujeres.*

*2.- Se confirma la necesidad de profesorado en la Unidad Educativa de Mallorca.*

### **6.2. Conclusiones derivadas de las opiniones de los participantes**

*1- Se precisa una información bien planificada sobre las enseñanzas regladas que imparte la Unidad Educativa, que llegue a todos los internos incluidos los extranjeros.*

*2- Se comprueba una falta de seguimiento, evaluación y valoración del esfuerzo escolar de los internos.*

*3- Se precisa una mayor implicación del profesorado en conseguir una escuela moderna más cercana a los intereses y necesidades de los alumnos.*

*4- Se comprueba la necesidad de coordinación de las actividades del centro con las actividades escolares regladas; así como una colaboración entre los profesionales del centro.*

### **6.3. Propuestas de actuación para erradicar el absentismo en las aulas de los Centros Penitenciarios**

1.- *Priorizar la educación de los internos analfabetos sobre cualquier otra actividad o trabajo.*

2.- *Hacer compatible la asistencia a la escuela con los cursos de capacitación profesional y el trabajo (que exigirá compatibilizar horarios, trabajos de media jornada, etc...). Trabajo y estudio nunca deben ser opciones incompatibles.*

3.- *Acercar la actividad escolar a los internos por medio de la apertura de las escuelas de todos los módulos.*

4.- *En cada módulo un maestro encargado de las enseñanzas básicas.*

5.- *Formar, en cada módulo, equipos integrados por los trabajadores del módulo (educador, psicólogo, jurista, funcionarios, monitores y maestro), para dinamizar, organizar y evaluar las actividades, a la vez que llevar un seguimiento de los internos.*

6.- *Seleccionar a los internos que realmente tienen necesidad de estudios básicos y no dejar que sólo acudan aquellos que no se pueden colocar en otra actividad, haciendo de la escuela un saco de desechados.*

7.- *Valorar por parte de los Equipos de Tratamiento, el esfuerzo escolar de manera que el interno sienta que su interés y esfuerzo es recompensado (con permisos, llamadas telefónicas, notas meritorias, etc...).*

8.- *Potenciar la enseñanza reglada del "Español para extranjeros", con un currículum amplio que incorpore las normas básicas de convivencia democrática y procesos socializadores.*

9.- *Implicación del maestro en la tarea reeducadora utilizando una didáctica moderna y cercana a los alumnos que motive al interno a ser artífice de su propio aprendizaje.*

10.- *Programar un currículum donde la socialización del alumno se convierta en el motor de la enseñanza.*

11.- *Desarrollar contenidos de enseñanza que den una imagen nueva de la escuela a los internos (todos tienen un recuerdo penoso de su experiencia escolar). Donde el diálogo, el debate, el razonamiento y el espíritu de crítica se potencien.*

12.- *Incorporar la actualidad y los medios de comunicación como base para desarrollar el trabajo escolar.*

Para finalizar, añadir que los maestros de las Islas Baleares han sido transferidos (BOE, 4 de agosto, 2005) a la Conselleria d'Educació de esa Comunidad Autónoma y asimismo en el BOIB (Boletín Oficial de las Islas Baleares) del 20 de octubre pasado se recoge la creación del CEPA del Centro Penitenciario de Palma. A partir de ahora es de esperar que la dotación de maestros sea aumentada, y además que esta asunción de responsabilidades por la administración educativa se convierta en la clave para impulsar políticas educativas que potencien la escolarización. Sin olvidar que la colaboración entre todos los estamentos que trabajan en el centro penitenciario es vital para acabar con el absentismo escolar y para abordar una reeducación eficaz de los internos.

## **BIBLIOGRAFÍA**

ARNAL, J. / RINCÓN, D. / LATORRE, A. (1994). *Investigación educativa*. Barcelona: Labor.

ARNAL, J. / RINCÓN, D. / LATORRE, A. (1996). *Bases metodológicas de la investigación educativa*. Barcelona: GR92.

ARNANZ, E. (1994). "Educar en la prisión. La situación actual y retos de futuro". *Cuadernos de Pedagogía*, n.º 226, junio, pp. 64-65. Barcelona.

CAPELLADES, J. (1975). "El analfabetismo en España: aproximación estadística (I)". *Cuadernos de Pedagogía*, n.º 1, enero, pp. 5-7.

COHEN, L. / MANION, L. (1990). *Métodos de investigación educativa*. Madrid: Editorial La Muralla S.A.

CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA DE 1978. (B.O.E. 311, de 29 de diciembre de 1978).

DEFENSOR DEL PUEBLO. RECOMENDACIÓN 27/1988, de 15 de diciembre, sobre medidas a adoptar, en relación con los internos analfabetos en establecimientos penitenciarios. (B.O.C.G. Congreso. Serie E, n.º 182, pp. 4914-15).

FERNÁNDEZ, A. (Dir.) (1989). *Modelos de educación en Centros penitenciarios*. Barcelona: Humanitas.

FOUCAULT, M. (1986). *Vigilar y castigar*. Madrid: Siglo Veintiuno.

FOX, D. J. (1987). *El proceso de investigación en educación*. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra S.A.

GARRIDO GENOVÉS, V. (1986). "El tratamiento penitenciario, en la encrucijada". *Revista de Estudios Penitenciarios*, n.º 236, pp. 21-31.

GARRIDO GENOVÉS, V. / MARTÍNEZ FRANCÉS, M. D. (1998). *Educación social para delincuentes*. Valencia: Tirant lo Blanch.

INCE (INSTITUTO NACIONAL DE CALIDAD Y EVALUACIÓN) (2000). *Sistema estatal de indicadores de educación 2000*. Madrid: Centro de publicaciones del M.E.C.

IRAETA, J. R. (1977). *La cárcel*. Madrid: Editorial Mañana.

MAPELLI, B. (1983). *Principios fundamentales del sistema penitenciario español*. Barcelona: Bosch.

MARZO, A. / MORENO, F. J. (1990). *Alfabetización en el medio penitenciario*. Madrid: Editorial Popular.

M.E.C. (1986). *Libro Blanco. Educación de adultos*. Madrid: Centro de Publicaciones del M.E.C.

MINOVES, LL. / MITJANS, M. / RAMOS, M. / SADURNÍ, I. (1983). "La escuela en la cárcel". *Cuadernos de Pedagogía*, n.º 105, pp. 51-53.

REAL DECRETO 326/1995, de 3 de marzo, por el que se regula el Organismo Autónomo de Trabajo y Prestaciones Penitenciarias. (B.O.E. 61, de 13 de marzo de 1995).

REAL DECRETO 1203/1999, de 9 de julio, por el que se integran en el Cuerpo de Maestros a los Profesores de Educación General Básica de Instituciones Penitenciarias. (B.O.E. 173, de 21 de julio de 2000).

RÍOS MARTÍN, J. C. / CABRERA CABRERA, P. J. (1998). *Mil voces presas*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.

SESMA, J. (1992). *Cárceles y sociedad democrática*. Barcelona. Cristianisme i justícia.

## BIBLIOGRAFÍA DE INTERNET

DEFENSOR DEL PUEBLO (1988). Recomendación 27/1988, de 15 de diciembre, sobre medidas a adoptar en relación con los internos analfabetos en establecimientos penitenciarios.

<http://www.defensordelpueblo.es/Documentación/Recomendaciones.htm>

DEFENSOR DEL PUEBLO (1997). “Situación penitenciaria y depósitos de detenidos. 1988-1996”.

<http://www.defensordelpueblo.es>

DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS (2002a). “Criterios a seguir para elaborar la programación de actividades de los centros penitenciarios del curso 2001-2002”. Ministerio del Interior.

<http://www.fiscalia.org/circdgp/pdf/2001/052001.pdf>

DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS (2002b). “El sistema penitenciario en España”. Ministerio del Interior.

<http://www.mir.es/instpeni/sistpeni.htm>

MINISTERIO DEL INTERIOR (2002a). “Organismo Autónomo de Trabajo y Prestaciones Penitenciarias”.

<http://www.mir.es/instpeni.htm>

MINISTERIO DEL INTERIOR (2002b). “Cifras de la población reclusa española”.

<http://www.mir.es/instpeni/cifras.htm>

NACIONES UNIDAS (2000b). “Proyecto de década de la alfabetización de Naciones Unidas”.

[http://www.unesco.org/education/litdecade/introduction\\_sp.html](http://www.unesco.org/education/litdecade/introduction_sp.html)

NACIONES UNIDAS (2002). “Una Década de la Alfabetización de Naciones Unidas: Documento Base”.

[http://www.unesco.org/education/litdecade/discussion\\_sp.htm/#up](http://www.unesco.org/education/litdecade/discussion_sp.htm/#up)

ORGANISMO AUTÓNOMO DE TRABAJO Y PRESTACIONES PENITENCIARIAS (O.A.T. y P.P.) (2002). “Formación”.

<http://www.mir.es/oatpp/formac.htm>

PAÍNO CAPÓN, C. / DÍAZ SANZ, V. (1999). “Informe sobre la situación de las prisiones en la Comunidad de Madrid”.

<http://www.derechos.org/Nizkor/españa/doc/>

SUTTON, P. (1994). “La educación básica en los establecimientos penitenciarios”. UNESCO.

<http://www.unesco.org/education/uie/online/prisp/prisp.pdf>

U.N.E.D. (2002). “Programa de estudios universitarios en prisiones”.

<http://www.uned.es/casociados/d161.htm>

UNESCO (2000). “Marco de Acción”. Foro Mundial de la Educación. Dakar (Senegal), 26-28 de abril de 2000.

<http://www.unesco.org/weef/enconf/dakframspa.shtm>

UNICEF (2001). “Progreso: un análisis estadístico”.

[http://www.unicef.org/spanish/specialsession/about/sgreport-pdf/sgreport\\_adapted\\_stats\\_sp.pdf](http://www.unicef.org/spanish/specialsession/about/sgreport-pdf/sgreport_adapted_stats_sp.pdf)

UNIÓN EUROPEA (2002). “Carta de Derechos Fundamentales”.

[http://europa.eu.int/index\\_es.htm](http://europa.eu.int/index_es.htm)





# **NORMATIVA PENITENCIARIA**



## *Servicio de Estudios y Documentación*

### **Normativa Penitenciaria**

#### 1.- DISPOSICIONES DE INTERÉS PUBLICADAS EN EL BOE

(1344) Resolución de 12 de enero de 2005, de la Secretaría General Técnica, por la que se dispone la publicación del Convenio marco de colaboración entre la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha y el Ministerio del Interior, en materia de formación de internos. BOE N.º 22 DE 26 DE ENERO DE 2005.

(1972) Real DECRETO 121/2005, de 4 de febrero, por el que se aprueba la oferta de empleo público para el año 2005. BOE N.º 33 DE 8 DE FEBRERO DE 2005.

Facultativo de Sanidad penitenciaria 15. Superior de Técnicos de II.PP. 25. ATS de II.PP. 40. Ayudantes de II.PP. escala femenina 150. Ayudantes de II.PP. escala masculina 500.

(3068) CORRECCIÓN de errores del Real Decreto 121/2005, de 4 de febrero, por el que se aprueba la oferta de empleo público para el año 2005. BOE N.º 47 DE 24 DE FEBRERO DE 2005.

(2845) Orden INT/333/2005, de 3 de febrero, por la que se crea el Centro de Inserción Social "Rafael Salillas", en Huesca, dependiente del Centro Penitenciario de Zaragoza. BOE N.º 43 DE 19 DE FEBRERO DE 2005.

(4934) Real Decreto 278 /2005, de 11 de marzo, por el que se modifica el Real Decreto 1599/2004, de 2 de julio, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio del Interior BOE N.º 74 DE 28 DE MARZO DE 2005.

(5920) ORDEN INT/934/2005 de 31 de marzo por la que se crea el Centro de Inserción Social "El Urriellu" en Villabona, dependiente del Centro Penitenciario de Villabona. BOE N.º 88 DE 13 DE ABRIL DE 2005.

(6098) Orden INT/985/2005, de 7 de abril, por la que se delegan determinadas atribuciones y se aprueban las delegaciones efectuadas por otras autoridades. D.G.II.PP. BOE N.º 90 DE 15 DE ABRIL DE 2005. CORRECCIÓN DE ERRORES BOE N.º 121 DE 21 DE MAYO DE 2005.

(6501) Resolución de 19 de abril de 2005, de la Subsecretaría, por la que se da publicidad a la Resolución de 14 de abril de 2005, de la Secretaría General de Presupuestos y Gastos y de la Secretaría General para la Administración Pública, por la que se modifica el anexo de la Orden PRE/3606/2004, de 4 de noviembre, por la que se aprueban las instrucciones para la confección de las nóminas de contribuciones al Plan de Pensiones de los empleados de la Administración General del Estado, por parte de los ministerios y organismos públicos promotores del mismo. BOE N.º 96 DE 22 DE ABRIL DE 2005.

(7426) Real Decreto 515/2005, de 6 de mayo, por el que se establecen las circunstancias de ejecución de las penas de trabajos en beneficio de la comunidad y de localización permanente, de determinadas medidas de seguridad, así como de la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad. BOE N.º 109 DE 7 DE MAYO DE 2005.

*Deroga el RD 690/1996 de 26 de abril sobre ejecución de las penas de trabajo en beneficio de la comunidad y arrestos de fin de semana y las normas de igual o inferior rango que se le opongan. Modifica el párrafo e) del apartado 1 del art.º 272 del Reglamento Penitenciario aprobado por RD 190/1996 de 9 de febrero.*

(8406) Orden INT/435/2005 de 5 de mayo, por la que se crea el Centro de Inserción Social "Jesus Haddad Blanco" en León, dependiente del Centro Penitenciario de León (Mansilla de las Mulas). BOE N.º 121 DE 21 DE MAYO DE 2005.

(8407) CORRECCIÓN de errores de la Orden INT/985/2005 de 7 de abril, por la que se delegan determinadas atribuciones y se aprueban las delegaciones efectuadas por otras autoridades. BOE N.º 121 DE 21 DE MAYO DE 2005.

(10621) Ley Orgánica 2/2005, de 22 de junio, de modificación del Código Penal. *Se suprimen los arts. 506 bis, 521 bis y 576 bis introducidos por LO 20/2003 de 23 de diciembre.* BOE N.º 149 DE 23 DE JUNIO DE 2005.

(11340) Orden INT/2089/2005, de 17 de junio, por la que se delegan competencias en el ámbito del Organismo Autónomo Trabajo Penitenciario y Formación para el Empleo. *(Modifica la Orden INT 985/2005 de 7 de abril: se derogan los puntos 3 y 3.1 del apartado vigésimo, se incorpora un nuevo punto 1.4 al apartado cuarto y se modifican los puntos 1, 2.2 Y 2.4 del apartado decimoséptimo).* BOE N.º 156 DE 1 JULIO DE 2005.

(12178) Real Decreto 799/2005, de 1 de julio, por el que se regulan las inspecciones generales de servicios de los departamentos ministeriales. (Disposición adicional quinta: La Inspección de la DGIIPP continuará rigiéndose por su normativa específica). BOE N.º 168 DE 15 DE JULIO DE 2005.

(12752) Real Decreto 868/2005, de 15 de julio, por el que se aprueba el Estatuto del Organismo Autónomo Trabajo Penitenciario y Formación para el Empleo. BOE N.º 176 DE 25 DE JULIO DE 2005.

(14763) Orden INT/2744/2005, de 26 de agosto, por la que se aprueban las bases reguladoras para la concesión del Premio Nacional Victoria Kent, para el fomento de la investigación multidisciplinar en materia penitenciaria. BOE N.º 208 DE 31 DE AGOSTO DE 2005.

(16236) Orden INT/3012/2005, de 16 de septiembre, por la que se establecen las bases reguladoras de concesión de subvenciones para la colaboración en la ejecución y segui-

miento de las medidas alternativas a la pena privativa de libertad y determinados programas de atención social. BOE N.º 234 DE 30 DE SEPTIEMBRE DE 2005.

(17029) Orden INT/3176/2005, de 21 de septiembre, por la que se convoca el Premio Nacional Victoria Kent 2005, para el fomento de la investigación multidisciplinar en materia penitenciaria. BOE N.º 246 DE 14 DE OCTUBRE DE 2005.

(15790) Resolución de 22 de septiembre de 2005, del Organismo Autónomo Trabajo Penitenciario y Formación para el Empleo, por la que se acuerda la publicación del resumen de las cuentas anuales del ejercicio 2004. BOE N.º 255 DE 25 DE OCTUBRE.

CONSEJO DE MINISTROS DE 18 DE NOVIEMBRE DE 2005: El Consejo de Ministros ha aprobado una revisión y actualización del Plan de Creación y Amortización de Centros Penitenciarios que supone la construcción de 46 nuevas infraestructuras penitenciarias en el periodo 2006-2012 (11 Centros Penitenciarios para el cumplimiento en régimen ordinario, 30 CIS y 5 Unidades de Madres), con una inversión de 1.647,20 millones de euros, y aportará 18.000 nuevas plazas al sistema penitenciario español.

(20976) Real Decreto 1458/2005, de 2 de diciembre, sobre traspaso de profesores de Educación General Básica de Instituciones Penitenciarias a la Comunidad Autónoma de Aragón, en ampliación del traspaso efectuado por el Real Decreto 1982/1998, de 18 de septiembre, en materia de enseñanza no universitaria. BOE N.º 304 DE 21 DE DICIEMBRE DE 2005.

(21385) Orden INT/4067/2005, de 22 de diciembre, por la que se aprueban las bases reguladoras de concesión de ayudas asistenciales a internos en prisión, liberados condicionales y familiares de ambos y de ayudas para la realización de salidas programadas y concesión de premios y recompensas para los internos en prisión, en el ámbito de competencias del Ministerio del Interior. BOE N.º 310 DE 28 DE DICIEMBRE DE 2005.

## 2. CIRCULARES E INSTRUCCIONES

### I 1-2005 GP

#### **ASUNTO:**

**ACTUALIZACIÓN DE LA INSTRUCCIÓN 19/96, RELATIVA A LAS OFICINAS DE RÉGIMEN, CUMPLIMIENTO DE CONDENAS Y RÉGIMEN DISCIPLINARIO.**

Área de Aplicación: Régimen y Tratamiento.

**Descriptor: OFICINAS DE GESTIÓN, CUMPLIMIENTO DE CONDENAS, RÉGIMEN DISCIPLINARIO.**

#### 1.- INTRODUCCIÓN

Los cambios normativos operados a lo largo del 2003 y del 2004 determinan la necesidad de proceder a la revisión de las instituciones que configuran la ejecución de las penas privativas de libertad.

La actividad normativa descrita se plasma, fundamentalmente, en la ejecución de penas privativas de libertad en:

- La Ley Orgánica 5/2003, de 27 mayo, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio de 1985, del Poder Judicial, la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria, y la Ley 38/1988, de 28 de diciembre de 1988, de Demarcación y Planta Judicial.
- La Ley Orgánica 7/2003, de 30 junio, de medidas de reforma para el cumplimiento íntegro y efectivo de las penas.
- La Ley 27/2003 de 31 de julio, reguladora de la orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica.
- La Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros.
- La Ley Orgánica 15/2003, de 26 de noviembre por la que se modifica la Ley Orgánica 10/95, de 23 de noviembre, del Código Penal.

Dicha irrupción normativa configura nuevos aspectos en la ejecución de las penas privativas de libertad, en particular en el área de régimen, en aspectos tales como el cumplimiento de condena de los internos, el cálculo de las fechas de repercusión penitenciaria y el control de la ejecución de la pena de localización permanente.

La tradicional Oficina de Régimen, configurada como uno de los puntos neurálgicos de la actuación administrativa de los Centros Penitenciarios al gestionarse en ella actos administrativos de singular trascendencia, no sólo relativos a ingresos, libertades y salidas autorizadas de internos, sino también a cualquier otro aspecto propio de la ejecución de la pena privativa de libertad, sobre todo en aquellos centros que han asumido la gestión única del expediente del interno, determina la necesidad de proceder a la actualización de aspectos que la nueva normativa ha incorporado.

## 2.- INGRESOS, LIBERTADES Y EXCARCELACIONES

Los ingresos, libertades y excarcelaciones se encuentran regulados en los capítulos I y II del Título I del Reglamento Penitenciario (arts. 15 y ss). De esta regulación se hace necesario señalar los siguientes aspectos:

\* Los ingresos pueden producirse por orden de la Autoridad Judicial, por orden del Ministerio Fiscal, por orden de la Policía Judicial o de forma voluntaria. Las tres primeras modalidades vienen reguladas en el artículo 15 del Reglamento, mientras que la presentación voluntaria se hace en el artículo 16. Respecto de ésta última es necesario precisar que abarca no sólo a penados, sino también a no penados, en cuyo supuesto al ingreso se procederá a la detención por parte del Funcionario penitenciario en funciones de Policía Judicial (arts. 283.7 y 292 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal) quien previa lectura de los derechos que le asisten al detenido (artículo 520.2 de la citada Ley) redactará un atestado que, dentro de las veinticuatro horas siguientes al ingreso, remitirá al Juzgado de Guardia. Transcurridas setenta y dos horas desde el ingreso sin haberse producido su legalización (mandamiento de prisión) se procederá a la excarcelación.

\* Al recibirse en el Establecimiento un mandamiento u orden decretando la libertad, el Funcionario de la Oficina encargado de tramitarla revisará la autenticidad del documen-

to y el cumplimiento de los requisitos objetivos necesarios para ejecutar dicha resolución judicial. A estos efectos comprobará:

- La autoridad judicial que lo libra.
- Identidad del interno.
- Causa judicial, procedimiento judicial, con expresa comprobación del número de expediente judicial, año de la causa y autoridad judicial.
- Apariencia de autenticidad del documento; firma del documento y sellos estampados. Ausencia de enmiendas, raspaduras o tachaduras, salvo que se haga constar la validez de la enmienda.

En los casos de remisión por vía telefacsímil (art. 271 de la Ley Orgánica del Poder Judicial y 59.1 de la Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común) se comprobará su autenticidad, siempre que sea posible, telefoneando al órgano emisor. En los supuestos en que existan dudas fundadas de la veracidad del documento recibido vía fax o en caso de defectos formales en la recepción que denoten su ilegibilidad o su defectuosa configuración (observación de manipulación del texto, sospechas de que el número desde el que se remite no corresponde al del órgano...) no se procederá a la libertad hasta su oportuna autenticación.

En todo caso, el principio de seguridad jurídica impera en la valoración de la documentación obrante a fin de practicar la correspondiente libertad de los internos.

Comprobada la autenticidad del mandamiento de libertad, el Funcionario revisará el expediente del interno para comprobar que no está sujeto a otras responsabilidades, tramitándose la correspondiente orden de excarcelación que firmará el Director (art. 22.3 del R. P.) o mando de incidencias (art. 285-2 del R.P.). Dicha labor del funcionario será supervisada por el Jefe de Oficina de Régimen y el Subdirector de Régimen siempre que sea posible. Si alguno de los datos consignados en el mandamiento no coincide con los datos que constan en el expediente se instará de la Autoridad librante aclaración sobre tales extremos.

\* El expediente del interno será cerrado con diligencias en cada uno de los índices de vicisitudes, indicando la excarcelación y la no sujeción a ninguna otra responsabilidad, participándose a las autoridades judiciales competentes y cumplimentándose en el programa informático penitenciario (SIP).

En los supuestos en que no proceda la excarcelación por existir otras responsabilidades pendientes se diligenciará tal circunstancia en el expediente, de forma que claramente quede plasmada la responsabilidad liberada y aquella/s por la/s que queda retenido. Esta misma revisión tendrá lugar cuando por nueva responsabilidad se incrementen las ya existentes, tanto en el índice de vicisitudes penales como preventivas.

Siempre que se produzca un ingreso en un Centro Penitenciario por cualquier causa (ingreso inicial, reingreso, traslado...) la diligencia de ingreso reflejará con claridad las causas que cumple (índice de vicisitudes penales) o/y la/s responsabilidad/es en situación de preventiva con expresión detallada de las mismas, así como referencia a aquellas causas en las que se hubiere celebrado juicio oral sin que constara resultado, instándose a la autoridad judicial competente aclaración sobre el mismo.

Los Directores y Subdirectores de Régimen pondrán empeño en que los expedientes de los internos reflejen con claridad la situación jurídica que justifica la retención del interno en el Centro Penitenciario.



La Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica establece determinadas medidas a adoptar a fin de proteger el desamparo que, en la mayor parte de las ocasiones, venían sufriendo las víctimas de estos delitos. Resulta imprescindible por ello arbitrar nuevos y más eficaces instrumentos jurídicos, bien articulados técnicamente, que atajen desde el inicio cualquier conducta que en el futuro pueda degenerar en hechos aún más graves. A fin de articular los instrumentos protectores de la víctima en el supuesto de que el agresor se encuentre recluso en un Establecimiento Penitenciario, se introduce en la propia ley una modificación de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, añadiendo un nuevo precepto, el artículo 544 ter que, en su n.º 9, señala la obligación de informar permanentemente a la víctima sobre la situación procesal del imputado así como sobre el alcance y vigencia de las medidas cautelares adoptadas. En particular, la víctima será informada en todo momento de la situación penitenciaria del agresor, estableciéndose que a estos efectos se dará cuenta de la orden de protección a la Administración penitenciaria.

Por ello, en estos supuestos, se procederá a comunicar a la víctima directamente -de conocer su localización- o a través de la Autoridad Judicial, los servicios sociales o institución competente, según proceda, la situación del interno así como cualquier tipo de salida temporal o excarcelación prevista, con la debida antelación, recogiendo la fecha, lugar y motivo de la misma.

Igualmente, y sin perjuicio de las debidas comunicaciones que se cursen a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado con ocasión de salidas de permiso, se facilitará a la víctima dicha información cuando al penado le haya sido aplicado el artículo 57 del Código Penal en relación con el artículo 48 del mismo texto legal.

El artículo 35 del Código Penal, en redacción dada por la LO 15/2003, incluye, entre las penas privativas de libertad, la de localización permanente, por ello, sin perjuicio de lo dispuesto en el Real Decreto que establece sus circunstancias de ejecución, una vez que se reciba el testimonio de sentencia se procederá a abrir un expediente, al que se incorporará el plan de ejecución y el resto de documentación que se vaya generando, realizando las anotaciones correspondientes, al igual que con el resto de penados, y cumplimentándose en el SIP.

### 3.- REFUNDICIÓN Y ACUMULACIÓN DE CONDENAS

\* La refundición de las condenas a los únicos efectos de una posible y futura aplicación de la libertad condicional (artículo 193.2 del Reglamento Penitenciario), se llevará a cabo con independencia del grado de clasificación en que se encuentre el interno y tan pronto la/s nueva/s condena/s vayan produciéndose. Sólo la existencia de responsabilidades penales en curso, con juicios pendientes de próxima celebración, puede demorar la refundición de condenas hasta que se cierre la situación penal del interno. En ningún caso se procederá a interesar el licenciamiento definitivo de causas refundidas, salvo que se trate de causas en las que se haya producido una revocación de la libertad condicional que exija su cumplimiento íntegro, sin posibilidad de disfrutar de nuevo de este beneficio, conforme a la redacción del artículo 93 del Código Penal por Ley Orgánica 7/2003, de 30 de junio, para internos condenados por delitos de terrorismo de la sección segunda del capítulo V del Título XXII del libro II del Código Penal.

La existencia de condenas impuestas y ejecutadas conforme al Código Penal, texto refundido de 1973, junto con otras del Código Penal de 1995, no impide la refundición conjunta de todas ellas.

Asimismo, de procederse a remitir liquidaciones provisionales a los tribunales sentenciadores para posible aplicación del Código Penal de 1995, con la redención habida hasta el 25 de mayo de 1996, situación residual a día de la fecha, se les señalará, cuando la causa concorra con otras con las que se deba refundir, que si producto de la revisión de condenas la causa quedare hipotéticamente extinguida no se proceda a su licenciamiento, dado el perjuicio que ello ocasionaría al interno al imposibilitar la refundición de condena de esa causa con el resto que tuviere por cumplir.

De la aprobación de la refundición de condenas por el Juzgado de Vigilancia Penitenciaria se dará conocimiento a los diferentes tribunales sentenciadores, a fin de que tengan conocimiento de la no extinción de dichas causas en las fechas previstas, por aplicación de la ficción jurídica descrita.

\* Respecto a la acumulación de condenas prevista en el artículo 76 del Código Penal, se dejará constancia en las hojas de vicisitudes penales del expediente del interno de la aplicación por el tribunal correspondiente. A estos efectos, se anotará el tribunal sentenciador que decreta el auto de acumulación de condenas, fecha de efectos, condenas acumuladas y nueva condena fruto de la acumulación.

Si del estudio de las vicisitudes penales del interno resultan susceptibles de acumulación determinadas condenas, se pondrá en conocimiento del Jurista del Establecimiento Penitenciario a fin de que el mismo, previa comprobación de la situación penal y la posibilidad de acumulación de condenas, informe al interno sobre el procedimiento a seguir.

\* El artículo 78 del Código Penal establece, en relación a la acumulación de condena del artículo 76 del mismo cuerpo legal que, si a consecuencia de las limitaciones establecidas en el apartado 1 del artículo 76 del Código Penal, la pena a cumplir resultase inferior a la mitad de la suma total de las impuestas, el juez o tribunal sentenciador podrá acordar que los beneficios penitenciarios, los permisos de salida, la clasificación en tercer grado y el cómputo de tiempo para la libertad condicional se refieran a la totalidad de las penas impuestas en las sentencias; estableciendo en su n.º 2 el carácter imperativo de la medida, si tras la acumulación de condenas por el último Tribunal sentenciador, el límite máximo de cumplimiento fuere de 25, 30 ó 40 años y esta condena fuere de cuantía inferior a la mitad de la suma total de las condenas acumuladas. Ello determina que las fechas de repercusión penitenciaria -1/4 condena a efectos de permisos ordinarios de salida y acuerdo de salidas programadas, 1/2 condena para la clasificación en tercer grado, 2/3 condena para el beneficio penitenciario de adelantamiento de la libertad condicional y 3/4 condena a efectos de libertad condicional-, se calculen sobre la suma total de las condenas originariamente impuestas y no sobre la nueva condena surgida fruto de la acumulación. No obstante, el Juez de Vigilancia, previo pronóstico individualizado y favorable de reinserción social y valorando, en su caso, las circunstancias personales del reo y la evolución del tratamiento reeducador, podrá acordar razonadamente, oídos el Ministerio Fiscal, Instituciones Penitenciarias y las demás partes, la aplicación del régimen general de cumplimiento.

A fin de tener actualizada la información penal de los internos incurso en cualquiera de las situaciones descritas en el artículo 78 del Código Penal, con relación al artículo 76 del mismo texto legal, se procederá a dejar constancia en el expediente de:

- Si el régimen de cumplimiento de condena versa sobre el régimen general de cumplimiento de internos a los que se les haya acumulado penas privativas de libertad o, en su caso, se han establecido por el Juez o Tribunal las prescripciones potestativas en el acceso a los beneficios penitenciarios, a los permisos de salida, a la clasificación en tercer grado de tratamiento y al cómputo de tiempo para la libertad condicional del artículo 78.1 del Código Penal.
- Si los internos cumplen condena conforme a las prescripciones imperativas del número 2 del artículo 78 del Código Penal.
- Si, en su caso, el Juez de Vigilancia Penitenciaria ha impuesto el régimen general de cumplimiento a internos a los que les eran de aplicación las previsiones potestativas o imperativas establecidas por los Jueces y Tribunales sentenciadores de los números 1 y 2 del artículo 78 del Código Penal.

Sin perjuicio de las consideraciones recogidas en los puntos anteriores, para internos condenados por delitos de terrorismo, de la sección segunda del capítulo V del Título XXII del libro II del Código Penal, o cometidos en el seno de organizaciones criminales, a los que el Juzgado Central de Vigilancia Penitenciaria o el Juzgado de Vigilancia Penitenciaria hubieren decretado el régimen general de cumplimiento, el acceso al tercer grado de tratamiento y a la libertad condicional sólo será aplicable al cumplimiento de las 4/5 partes de la condena y 7/8 partes de condena, respectivamente.

No obstante, el artículo 78 del Código Penal, en ningún caso es de aplicación a la fecha de licenciamiento definitivo, que en todo caso vendrá establecido por el límite máximo de cumplimiento establecido en el auto de acumulación de condenas.

#### 4.- ABONO DE PRISIÓN PROVISIONAL

Conforme a lo establecido en el artículo 57 del Código Penal, en redacción dada por la Ley Orgánica 15/2003, el abono de prisión provisional en causa distinta de la que se decretó será acordado por el Juez de Vigilancia Penitenciaria de la jurisdicción de la que dependa el centro penitenciario en que se encuentre el penado.

#### 5.- FORMULACIÓN DE FECHAS DE CUMPLIMIENTO DE REPERCUSIÓN PENITENCIARIA

Recibida en el Centro Penitenciario la correspondiente liquidación de condena se procederá a practicar en el mismo la hoja de cálculo a fin de constatar las fechas de cumplimiento de la condena que tienen incidencia en el ámbito penitenciario: 1/4 condena, 1/2 condena, 2/3 condena, 3/4 condena, 4/5 condena, 7/8 condena y 4/4 condena.

En la contraportada del expediente personal del interno figurará dicha hoja de cálculo.

El cálculo de la fecha de **1/4 de condena** es requisito objetivo para el disfrute de permisos ordinarios de salida (artículo 154 del R. P.) y para el disfrute de salidas programadas (artículo 114 del R. P.). Supone también uno de los supuestos especiales del artículo 104.3 del Reglamento Penitenciario, para que un interno pueda ser clasificado en tercer grado de tratamiento.

El cálculo de la fecha de **1/2 condena**, conforme al artículo 36.2 del Código Penal, en redacción de la Ley Orgánica 7/2003, para los condenados a penas privativas de libertad superiores a cinco años, determina el periodo de tiempo en que una vez alcanzado el mismo han superado el denominado periodo de seguridad en el cumplimiento de condena a efectos de clasificación en tercer grado de tratamiento, salvo autorización del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria para ser clasificado en el mencionado grado de tratamiento con anterioridad.

Esta fecha de cumplimiento de condena, a tenor del artículo 105.3 del Reglamento Penitenciario, tendrá repercusión penitenciaria a efectos del derecho que los internos clasificados en segundo grado de tratamiento tienen, siempre que una Junta de Tratamiento haya reiterado por segunda vez dicha clasificación, para que le sea practicada la siguiente propuesta por la Central Penitenciaria de Observación.

El cálculo de la fecha de **2/3 de condena**, a efectos de disfrutar, de cumplirse el resto de requisitos exigidos, el beneficio penitenciario del adelantamiento de la libertad condicional del artículo 205 del Reglamento Penitenciario.

El cálculo de la fecha de **3/4 de condena**, es circunstancia objetiva para el disfrute de la libertad condicional, de darse el resto de requisitos enumerados en el artículo 90 Código Penal.

Asimismo, conforme a lo establecido en el artículo 89 del Código Penal, los internos extranjeros no residentes legalmente en España, condenados a penas iguales o superiores a seis años, serán expulsados del territorio nacional una vez que se entiendan cumplidas las 3/4 partes de la condena, si se recoge dicha medida en resolución judicial.

El cálculo de la fecha de **4/5 de condena**, conforme al artículo 78.3 del Código Penal, a efectos de poder acceder al tercer grado de tratamiento los internos condenados por delitos de terrorismo, de la sección segunda del capítulo V del Título XXII del libro II del Código Penal, o cometidos en el seno de organizaciones criminales, a los que el Juzgado Central de Vigilancia Penitenciaria o el Juzgado de Vigilancia Penitenciaria hubiere decretado el régimen general de cumplimiento, previo pronóstico individualizado y favorable de reinserción social y valorando, en su caso, las circunstancias personales del reo y la evolución del tratamiento reeducador, oídos el Ministerio Fiscal, Instituciones Penitenciarias y las demás partes. Dicho cálculo de condena se practicará sobre la pena resultante de la acumulación de condenas, impuesta conforme al artículo 76 del Código Penal, y no sobre la totalidad de las condenas acumuladas.

El cálculo de la fecha de **7/8 de condena**, conforme al artículo 78.3 del Código Penal a efectos de acceder a la libertad condicional internos condenados por delitos de terrorismo, de la sección segunda del capítulo V del Título XXII del libro II del Código Penal, o cometidos en el seno de organizaciones criminales a los que el Juzgado Central de Vigilancia Penitenciaria o el Juzgado de Vigilancia Penitenciaria hubiere decretado el régimen general de cumplimiento, previo pronóstico individualizado y favorable de reinserción social y valorando, en su caso, las circunstancias personales del reo y la evolución del tratamiento reeducador, oídos el Ministerio Fiscal, Instituciones Penitenciarias y las demás partes. Dicho cálculo de condena se practicará sobre la pena resultante de la acumulación de condenas, impuesta conforme al artículo 76 del Código Penal, y no sobre la totalidad de las condenas acumuladas.

El cálculo de la fecha de **4/4 de condena**, supone la extinción de la condena y, en su caso, la fecha de excarcelación del interno.

La Instrucción 3/2000 introdujo novedades en el cálculo de condena de internos penados conforme a los Códigos Penales de 1973 y de 1995. A los efectos de operar en las fechas de repercusión penitenciaria se mantienen las previsiones contenidas en dicha Instrucción, con independencia de las reformas legislativas que introducen como nuevas fechas de repercusión penitenciaria el cumplimiento de 1/2 condena, 4/5 condena y 7/8 de condena. Estas previsiones suponen que:

En el supuesto de concurrencia de condenas del Código Penal de 1973 y del Código Penal de 1995, se sumarán todas ellas como si de una sola pena se tratara sobre la que se calculará el cumplimiento de la fracción que corresponda (1/4; 2/3, 3/4, 4/5, 7/8).

En consecuencia, la redención consolidada se abonará a todo el periodo de la fracción de la condena "acumulada" sobre la que se realiza el cálculo y no sobre la fracción correspondiente a la condena redimible.

La baja en redención, por lo tanto, se producirá cuando se cumpla la totalidad de la/s condena/s y/o periodo con derecho a redención.

A la vista de que en los cálculos realizables debe tenerse en cuenta la redención futura de la condena del Código Penal de 1973 (la parte de condena redimible) y la necesidad de comparación de las condenas por el viejo o nuevo texto legal a efectos de determinar la ley más favorable, debe interpretarse que a la suma de las condenas de ambos Códigos debe sustraerse la parte de redención obtenida en la condena del Código Penal de 1973, calculándose, asimismo, la redención futura, por ser únicamente a ésta de aplicación el beneficio penitenciario. No obstante, las condenas impuestas por aplicación del Código Penal de 1995 (bien por haber sido revisadas y serle más favorable dicho texto legal que el de 1973 o bien porque originariamente les fue de aplicación el Código Penal de 1995, pero se encontraron internados en prisión los condenados en ellas con anterioridad a su entrada en vigor) conservarán los días redimidos con anterioridad a la fecha de entrada en vigor del nuevo Código Penal, teniendo la baja en redención en esa fecha (25-05-1996).

La Administración Penitenciaria, a fin de facilitar la ejecución del cálculo de las fechas señaladas, ha diseñado en el Sistema Informático Penitenciario (SIP) una hoja de cálculo. A efectos de mantener continuamente vigentes estas fechas, se actualizarán los datos penales y penitenciarios de los internos a medida que se reciban las correspondientes resoluciones judiciales, de forma que siempre que sea posible el cálculo sea facilitado por el sistema informático penitenciario.

## 6.- RESPONSABILIDAD CIVIL

Tanto el art.72.5 y 6 de la LOGP como el art. 90 del Código Penal, redactados conforme a lo establecido en la Ley Orgánica 7/2003, establecen el requisito de haber satisfecho la responsabilidad civil derivada del delito para ser clasificado en 3.º grado de tratamiento o disfrutar de la libertad condicional, respectivamente.

En consecuencia, resulta conveniente recabar desde un principio, junto con el testimonio de sentencia y la liquidación de condena, la documentación relativa a la responsabilidad civil, si su existencia se deduce del propio texto de la sentencia.

También conviene que la información recabada de los Jueces o Tribunales sentenciadores sea notificada a los internos, dejando constancia mediante la firma del recibí correspondiente, ello a fin de valorar las actuaciones del interno para hacer frente a estas responsabilidades.

De cada una de las actuaciones realizadas, así como de toda comunicación de los Jueces o Tribunales sentenciadores sobre satisfacción o no de la responsabilidad civil, se procederá a practicar la correspondiente anotación en el expediente personal del interno, hoja de vicisitudes penales.

## 7.- DILIGENCIAS

El expediente personal se entiende como el documento administrativo en el que se han de recoger con claridad todas aquellas vicisitudes que tengan trascendencia en la situación procesal, penal y penitenciaria del interno. Dentro de este último grupo se hace necesario recordar la necesidad de que figuren aquellos datos que puedan servir para prever futuros comportamientos de internos: así cabe destacar la consigna de hechos relevantes tales como fugas, participación en motines, agresiones a funcionarios, intentos de suicidio e inclusión en el programa de prevención de autolisis, autolesiones...

A fin de tener un rápido acceso a la información contenida en el expediente es aconsejable la revisión semestral de los distintos índices, plasmando una diligencia resumen cada seis meses que sea el punto de referencia informativo a la hora de hacer una consulta. Ello sin perjuicio de la actualización permanente en el SIP.

Dado el nuevo régimen conferido por el Código Penal de 1995 a las penas accesorias en el que, a diferencia de lo que ocurría en el Código de 1973, solamente cuando expresamente venga consignado en la sentencia el interno estará privado del derecho de sufragio pasivo, se hace necesario que en la portada del expediente y en la revisión semestral de las hojas de vicisitudes penadas se refleje si el interno tiene tal pena accesoria.

## 8.- D.N.I. DE INTERNOS

El Documento Nacional de Identidad de los internos que ingresen en el Centro Penitenciario será depositado en un sobre que se adjuntará en el expediente personal, diligenciándose en el mismo tal circunstancia. Cuando por el Funcionario de Régimen se observe la ausencia de tal documento lo pondrá en conocimiento del Subdirector de Régimen quien lo comunicará a los servicios sociales penitenciarios a fin de que se trámite su obtención.

En los supuestos de extranjeros en los que se observe una falta de documentación, los servicios sociales penitenciarios intentarán localizarla o, en su defecto, iniciar los trámites oportunos para proveer al interno de la misma al objeto de que llegado el momento de la expulsión se encuentre documentado.

Los documentos de identificación oficiales (Documento Nacional de Identidad, Pasaporte o documentos personales de identificación de países extranjeros) no serán entregados a autoridad alguna distinta de la judicial.

## 9.- DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN INTERIOR Y PAGO DE PECULIO

Se recuerda la obligatoriedad de que todo interno cuente con el Documento de Identificación Interior en el cual figurará nombre y apellidos del interno, Número de Identificación Sistemática, fotografía y reseña dactilográfica. El documento deberá estar en buen estado, procediéndose a sus sustitución cuando se observe alguna deficiencia.

Para el pago de peculio será requisito indispensable la presentación del Documento de Identificación Interior del interno que vaya a cobrar, salvo los supuestos de uso de tarjeta magnética. Asimismo será exhibido siempre que cualquier funcionario lo requiera.

## 10.- FOTOGRAFÍAS

El número de fotografías que habrán de realizarse por cada interno será de, al menos, siete, que se destinarán para: expediente personal, fichero de régimen, fichero de Jefatura de Servicios, Documento de Identificación Interior de los internos, Fichero del departamento de destino, Fichero de la Oficina de Identificación y Fichero de la Oficina de Administración y en cualquier otro que se considere de interés.

Las fotografías de los internos deberán contener, de forma impresa, el nombre y apellidos de éstos. A tal fin, se adoptarán las medidas necesarias que permitan su consecución.

En los Centros Penitenciarios cuyo contingente medio anual sea superior a 500 internos deberá asignarse un funcionario al Servicio de Identificación. En caso contrario, este servicio será cubierto por un funcionario de la Oficina de Régimen quien lo simultaneará con sus funciones en esta Oficina.

## 11.- REMISIÓN DE DOCUMENTACIÓN AL CENTRO DIRECTIVO

A los efectos previstos reglamentariamente, en los artículos que a continuación se citan, la remisión de documentación correspondiente se realizará a las siguientes unidades del Centro Directivo:

- Las remisiones previstas en los artículos 62 (ONG's) y 199 n.º 1 (resolución de libertad condicional) se cursarán al Área de Servicios Sociales de la Subdirección General de Tratamiento y Gestión Penitenciaria.
- Las remisiones previstas en el artículo 77 n.º 4 (calendario mensual de actividades) se cursarán al Área de Formación de la Subdirección General de Tratamiento y Gestión Penitenciaria.
- Las remisiones previstas en los artículos 93 n.º 2 (NRI departamentos especiales) y 271 n.º 2 (Actas del Consejo de Dirección), así como el horario general del Establecimiento recogido en el artículo 77 se cursarán al Área de Régimen de la Subdirección General de Tratamiento y Gestión Penitenciaria.
- Las remisiones previstas en los artículos 84 n.º 1 (normas de establecimientos de régimen abierto), 94 n.º 3 (actividades en módulos o centros cerrados) y 272 n.º 5 (Actas de las Juntas de Tratamiento) se cursarán al Área de Tratamiento de la Subdirección General de Tratamiento y Gestión Penitenciaria.
- La remisión prevista en el artículo 266 n.º 1 se cursarán al Área de la Subdirección General de Tratamiento y Gestión Penitenciaria que corresponda por razón de la materia a la que se refiera el acuerdo.

Cuando un interno solicite que su propuesta de clasificación sea realizada por la Central Penitenciaria de Observación (art. 105.3 del R.P.) se deberá unir a la solicitud la "ficha-informe" que se adjunta (Anexo I).

## 12.- RÉGIMEN DISCIPLINARIO

El 10 de enero del año en curso se implantó la nueva aplicación informática de gestión del procedimiento disciplinario de internos a través del SIP, siendo éste el único que debe utilizarse en lo sucesivo.

### *a) Procedimiento sin alegaciones*

Cuando el interno manifieste su deseo de no formular alegaciones o deje transcurrir el plazo de tres días sin realizarlas y por parte del Instructor no se crea conveniente la realización de prueba alguna se procederá por éste a la realización de la propuesta de resolución.

### *b) Puesta de manifiesto*

La puesta de manifiesto contemplada en el artículo 244 punto 4 del Reglamento Penitenciario consistirá en la notificación al interno de un documento en el que se haga constar las actuaciones practicadas en el expediente: orden de iniciación y nombramiento de instructor, pliego de cargos, pliego de descargo, alegaciones, prueba practicada y valoración de la misma o desestimación de pruebas, indicando la posibilidad de realizar alegaciones en el plazo de 10 días. Este trámite solamente tendrá lugar cuando no se prescinda de la audiencia.

### *c) Supresión del trámite de audiencia*

Según dispone el artículo 84-4 de la Ley 30/92 podrá prescindirse del trámite de audiencia cuando la resolución sólo vaya a tener en cuenta los hechos y las alegaciones y pruebas aportadas por el interno, por tanto solamente se abrirá el plazo de 10 días de alegaciones cuando en el expediente obren actuaciones desconocidas por el interno (por ejemplo práctica de pruebas propuestas por el instructor, alegaciones de terceros...).

### *d) Propuesta del Instructor*

La propuesta de resolución del instructor ha de contener, en el caso de que no acuerde el sobreseimiento, los hechos probados, valoración de la prueba practicada, la calificación jurídica de los hechos y la sanción concreta que se propone (no la horquilla reglamentaria sino la cuantificación de la misma, por ejemplo 2 fines de semana). Esta propuesta tan sólo tiene efecto vinculante para la Comisión Disciplinaria respecto a los hechos probados y no para la calificación jurídica (tipo de infracción o sobreseimiento por eximente) y la sanción imponible.

### *e) Suspensión de la efectividad de las sanciones de aislamiento*

Se trata de un instituto nuevo, que ya existe con otras formulaciones en el Derecho comparado, y que requiere algunas precisiones sobre su alcance y utilización. La figura está pensada para aquellos supuestos en los que un interno, que hasta el momento ha tenido buena evolución penitenciaria, es sancionado con una sanción de aislamiento cuya imposición le acarrea perjuicios muy superiores a los de la propia sanción (interrupción en el disfrute de permisos, no propuesta de tercer grado...). También sería aplicable a los casos de internos que cometen por primera vez una infracción, y dadas sus características personales, se hace aconsejable la suspensión.

En los casos antes descritos, y al amparo de lo dispuesto en el artículo 255 del Reglamento Penitenciario, la Comisión Disciplinaria podrá acordar la suspensión de la



efectividad de la sanción impuesta (por lo que no desplegará su eficacia, y por tanto no vetará la posibilidad de salidas de permiso, propuestas de progresión...) durante el plazo de tres meses. Transcurrido dicho plazo, la Comisión podrá reducir la sanción y el período de cancelación (art. 256-1 del nuevo Reglamento Penitenciario), computando para dicha cancelación los tres meses que la sanción estuvo en suspenso. Así por ejemplo, si un interno fuera sancionado con seis días de aislamiento por la comisión de falta muy grave, transcurrido el plazo de suspensión de tres meses, podría reducirse a un día de aislamiento y el período de cancelación pasar de seis a tres meses, por lo que cumplido el día la sanción sería cancelada al abonarse el período de suspensión.

*f) Sanción de limitación de las comunicaciones orales al mínimo de tiempo reglamentario*

La sanción prevista en el artículo 42.2 apartado d) de la Ley General Penitenciaria sólo es referible a las comunicaciones orales (art. 42 del Reglamento Penitenciario) y nunca a otro tipo de comunicaciones o visitas (arts. 45 y ss del Reglamento).

*g) Sanción de privación de paseos y actos recreativos comunes*

La sanción de privación de paseos y actos recreativos comunes se cumplirá en la celda del interno durante los períodos que las Normas de Régimen Interior de cada Centro señalen como horario de paseos y actos recreativos. En todo caso se respetará la asistencia de los internos sancionados a las actividades programadas cualquiera que sea el horario de las mismas.

*h) Cancelación de sanciones por falta leve*

Cuando se esté en plazo de cancelación de sanción por falta grave o muy grave y se imponga una por falta leve ésta no reiniciará el plazo de aquéllas, las cuales se cancelarán autónomamente sin tener presente la existencia de la sanción por falta leve la cual se cancelará transcurrido un mes desde su cumplimiento.

*i) Caducidad del expediente*

Se entenderá caducado el procedimiento disciplinario y se procederá al archivo de las actuaciones una vez vencido el plazo de tres meses desde su inicio sin que se haya dictado resolución o, en el caso del procedimiento abreviado, de un mes. El plazo adicional de 30 días establecido en el artículo 246.2 del R. P. no es aplicable, en consonancia con la reforma llevada a cabo en la Ley 30/92, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, por la Ley 4/1999, de 13 de enero.

*j) Modelos unificados del procedimiento disciplinario*

Se facilitan en el SIP.

## DISPOSICIÓN DEROGATORIA

Quedan derogadas las Instrucciones 19/96 y 3/00.

## DISPOSICIÓN FINAL

De la presente Instrucción se dará lectura en la primera reunión del Consejo de

Dirección y de la Junta de Tratamiento, procediendo a su difusión en los términos establecidos en el artículo 280.2.14 del Reglamento Penitenciario.

Madrid, a 21 de febrero de 2005

LA DIRECTORA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

Fdo. Mercedes Gallizo Llamas

## **I 2-2005 TyG**

### **ASUNTO:**

**MODIFICACIÓN SOBRE LAS INDICACIONES DE LA I.2/2004, PARA LA ADECUACIÓN DEL PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN DE LAS JUNTAS DE TRATAMIENTO A LAS MODIFICACIONES NORMATIVAS INTRODUCIDAS POR LA LEY ORGÁNICA 7/2003, DE 30 DE JUNIO, DE MEDIDAS DE REFORMA PARA EL CUMPLIMIENTO ÍNTEGRO Y EFECTIVO DE LAS PENAS.**

Área de Aplicación: Clasificación y Tratamiento

### **Descriptor: Indicaciones para las Juntas de Tratamiento**

La Ley Orgánica 7/2003, de 30 de junio, de medidas de reforma para el cumplimiento íntegro y efectivo de las penas, introdujo importantes innovaciones en el modelo de cumplimiento de la pena privativa de libertad basado en el denominado principio de individualización científica del artículo 72 de la Ley Orgánica General Penitenciaria 1/1979, de 26 de septiembre, a cuyo precepto se le añaden en esta reforma dos nuevos números, el n.º 5.º y el n.º 6.º.

Con las Instrucciones 9/2003 y 2/2004, se pretendió conseguir una unidad de actuación en la Administración en aplicación de las modificaciones operadas por la precitada Ley.

Desde su entrada en vigor, el 2 de julio del 2003, hasta el momento actual, se han aprobado acuerdos de los Jueces de Vigilancia y se han dictado pronunciamientos por las Salas de Apelación de la Jurisdicción de Vigilancia, que aconsejan la revisión de los criterios interpretativos de la Instrucción 2/2004.

Así pues, a través de la presente Instrucción, se dan las indicaciones pertinentes a las Juntas de Tratamiento de los Centros penitenciarios sobre cuestiones de procedimientos para que sean tenidas en cuenta en sus futuras actuaciones.

### **1.- EN MATERIA DE CLASIFICACIÓN EN 3.º GRADO:**

A partir de ahora, y para realizar propuestas de clasificación inicial o progresión a tercer grado es necesario tener presente los siguientes requisitos:

### **1.1. Cumplimiento del llamado "periodo de seguridad"**

Para la aplicación del periodo de seguridad, establecido en el art. 36.2 del C.P, se tendrá en cuenta la pena o penas impuestas consideradas de manera individual; es decir, que en los supuestos en los que el penado cumpla varias que sumadas aritméticamente o refundidas excedan de 5 años, pero que individualmente consideradas no excedan de este límite, no le será de aplicación el periodo de seguridad

En los casos en los que sea de aplicación el periodo de seguridad, el cumplimiento de la mitad de la condena es siempre exigible a internos condenados por delitos de terrorismo o cometidos en el seno de organizaciones criminales. Respecto al resto de los penados se parte de la regla general de su exigencia, si bien el art. 36.2 párrafo 2.º del Código penal permite que el Juez de Vigilancia lo dispense cuando exista un previo pronóstico individualizado y favorable de reinserción.

### **1.2. Retroactividad**

Conforme al criterio establecido por la Audiencia Provincial de Madrid -auto de 6.5.04, entre otros-, Audiencia Provincial de Barcelona -autos de 14.5.y 19.5.2004- y Audiencia Provincial de Zaragoza -autos de 11.6.04 y 4.11.04- el periodo de seguridad no será aplicado retroactivamente a todos aquellos caso en los que la fecha de la sentencia por la que cumple condena sea anterior al día 2 de julio del 2003, momento de entrada en vigor de la Ley 7/03, de 30 de junio.

### **1.3. Clasificación en tercer grado a efectos de libertad condicional de enfermos muy graves con padecimientos incurables**

Al no haberse visto reformado el artículo 92 del Código Penal en lo relativo a la dispensa del requisito de cumplimiento de las tres cuartas partes o, en su caso, dos terceras de la condena para la concesión de la libertad condicional a enfermos muy graves con padecimientos incurables, debe entenderse que las propuestas y resoluciones de tercer grado formuladas sobre la base de las previsiones del artículo 104.4 del Reglamento Penitenciario no resultan afectadas por el "periodo de seguridad". En consecuencia, pueden realizarse tales propuestas con independencia del tiempo de condena extinguido, por razones de humanidad y de dignidad personal.

### **1.4. Satisfacción de la responsabilidad civil derivada del delito**

#### *a) Supuestos generales.*

Como nuevo requisito para poder clasificar o progresar a tercer grado a los internos se exige ahora que el penado haya satisfecho la responsabilidad civil derivada del delito, estableciendo, a tales efectos, la nueva normativa los siguientes criterios:

- El pago efectivo de esta responsabilidad.
- La voluntad y capacidad de pago manifestada de alguna de las siguientes formas:
  - La conducta efectivamente observada en orden a restituir lo sustraído, reparar el daño e indemnizar los perjuicios materiales y morales.

- Las condiciones personales y patrimoniales del culpable, a efectos de valorar su capacidad real, presente y futura para satisfacer la responsabilidad civil que le correspondiera.
- Las garantías que permitan asegurar la satisfacción futura.
- La estimación del enriquecimiento que el culpable hubiera obtenido por la comisión del delito y, en su caso, el daño o entorpecimiento producido al servicio público, así como la naturaleza de los daños y perjuicios causados por el delito, el número de perjudicados y su condición.

Si el primero de los criterios se puede calificar de objetivo, sin embargo el resto son eminentemente valorativos. Así pues, la forma de proceder para acreditar estas circunstancias deberá ser la siguiente:

Para el criterio objetivo será necesario confirmar ante el Tribunal sentenciador tal cumplimiento o la declaración de insolvencia del penado en la sentencia condenatoria, para lo que se solicitará del Tribunal sentenciador el informe correspondiente o una copia de la pieza de responsabilidad civil.

En los demás casos, la voluntad y capacidad de pago será valorada ponderadamente por la Junta de Tratamiento a la hora de realizar las propuestas de tercer grado, siendo necesario acompañar a la propuesta copia de la resolución judicial de declaración de insolvencia del penado dictada en los correspondientes procesos penales, así como justificar la situación económica actual del interno que le impide afrontar el pago (extracto de la hoja de peculio que refleje la escasez de ingresos, informe de los servicios sociales al respecto...) y el compromiso firmado por el mismo de comenzar a satisfacerla si durante el tercer grado o el disfrute de la libertad condicional desarrolla un trabajo remunerado.

Si el interno ya viniere pagando fraccionadamente la responsabilidad civil se señalará y documentará tal extremo.

En los supuestos expresamente previstos en el nuevo 72.5 de la LOGP - delitos patrimoniales de notoria gravedad y perjuicio a generalidad de personas, contra los derechos de los trabajadores, contra la Hacienda Pública y contra la Seguridad Social y contra la Administración pública comprendidos en los capítulos V al IX del Título XIX del libro II del Código Penal- se entenderá que el término "singularmente" no introduce un diferente tratamiento jurídico penitenciario para los penados que cumplan su condena por estos delitos, valorándose tanto el criterio objetivo como la voluntad y capacidad de pago apreciada en los factores señalados anteriormente, si bien de manera más destacada que los demás delitos.

Si el Juez de Vigilancia no hubiera establecido de oficio garantías para asegurar el pago de futuro de la responsabilidad civil pendiente, la Junta de Tratamiento establecerá aquellas medidas de control que estime necesarias para asegurar el mismo. El incumplimiento de dicha obligación será valorado por la Junta de Tratamiento, sin que ello suponga automáticamente la regresión a segundo grado.

Las Juntas de Tratamiento deberán tener en cuenta el cumplimiento del requisito establecido en el artículo 72.5 de la Ley Orgánica General Penitenciaria para los acuerdos de clasificación inicial en tercer grado de penados a condenas de hasta un año que tengan la consideración de resolución, conforme al artículo 103.7 del Reglamento Penitenciario.

*b) Delitos de terrorismo o cometidos en el seno de organizaciones criminales.*

Respecto a los delitos de terrorismo que el propio artículo 72.6 acota a las condenas impuestas por alguno de los delitos previstos en la sección 2.<sup>a</sup> del capítulo V del Título XXII del Libro II del Código Penal, esto es, los tipificados en los artículos 571 y siguientes de dicho Código, como en cuanto a los delitos cometidos en el seno de organizaciones criminales. Se exige que estos penados:

- Muestren signos inequívocos de haber abandonado los fines y los medios terroristas.
- Y que además hayan colaborado activamente con las autoridades:
  - Para impedir la producción de otros delitos por parte de la banda armada, organización o grupo terrorista.
  - Para atenuar los efectos de su delito.
  - Para la identificación, captura y procesamiento de responsables de delitos terroristas, para obtener pruebas o para impedir la actuación o el desarrollo de las organizaciones o asociaciones a las que haya pertenecido o con las que haya colaborado.

Estas circunstancias se podrán acreditar mediante:

- Una declaración expresa de repudio de sus actividades delictivas y de abandono de la violencia y una petición expresa de perdón a las víctimas de su delito.
- Por los informes técnicos que acrediten que el preso está realmente desvinculado de la organización terrorista y del entorno y actividades de asociaciones y colectivos ilegales que la rodean y su colaboración con las autoridades.

El cumplimiento de estos requisitos y los criterios utilizados para entenderlo así deberán figurar expresamente motivados en las Propuestas de clasificación inicial en 3.<sup>er</sup> grado o progresión.

### **1.5. Normas para tramitación de las propuestas de tercer grado por las Juntas de Tratamiento**

Todas las propuestas de clasificación inicial o progresión a tercer grado de tratamiento en cualquiera de sus modalidades, excepción hecha de las que se adopten sobre la base de las previsiones del artículo 104.4 del Reglamento Penitenciario, que formulen las Juntas de Tratamiento se atenderán a las presentes normas:

- a) Con independencia de las características penales de cada caso -tipo delictivo y duración de la condena-, la actuación de clasificación de las Juntas de Tratamiento deberá tomar en consideración los principios introducidos por la Ley Orgánica 7/2003, en cuanto a la importancia de la evolución favorable en el tratamiento reeducador y pronóstico de reinserción social así como al resarcimiento por parte de penado del daño ocasionado por el delito, valorando tales extremos con criterios objetivables.
- b) Cuando vaya a formularse propuesta de clasificación en tercer grado de un interno se tendrá en cuenta la posible existencia de otras responsabilidades penales en curso que no se encuentren aún penadas, procurando recabar toda la informa-

ción disponible sobre ellas (tipo delictivo, petición fiscal, etc.) e incluyendo la misma en la propuesta.

- c) Cuando la Junta de Tratamiento considere que un penado al que le es aplicable el "periodo de seguridad" de conformidad con el art. 36.2 del Código penal por no haber cumplido aún la mitad de la pena impuesta, se encuentra pese a ello en condiciones de acceder al tercer grado de tratamiento, solicitará al Juez de Vigilancia Penitenciaria la aplicación del régimen general de cumplimiento. A la propuesta de tercer grado se acompañará copia de la resolución judicial en la que éste se acuerde, en su caso.

El informe específico sobre el pronóstico individualizado y favorable de reinserción social del interno, con valoración de sus circunstancias personales y la evolución del tratamiento reeducador, podrá tomar en consideración:

- Asunción o no del delito: reconocimiento y valoración por el interno del significado de su conducta recogida en los "hechos probados".
- Actitud respecto a la víctima o víctimas: compromiso firmado de arrepentimiento y asunción o reparación de las consecuencias derivadas del delito.
- Conducta efectiva llevada a cabo en libertad, en su caso, entre la comisión del delito y el ingreso en prisión, y pruebas que la avalen.
- Participación en programas específicos de tratamiento tendentes a abordar las carencias o problemas concretos que presente y que guarden relación con la actividad delictiva, así como la evolución demostrada en ellos.

- d) Cuando a un interno clasificado en tercer grado le llegue una nueva responsabilidad penada, en la que sea de aplicación el periodo de seguridad, la Junta de Tratamiento procederá a revisar su clasificación con el fin de realizar una valoración actualizada de todas las variables del interno. En el caso de que el Juez de Vigilancia no hubiera efectuado con anterioridad pronunciamiento sobre la aplicación al interno del régimen general de cumplimiento y la Junta de Tratamiento considere que el interno debe continuar en tercer grado solicitará al Juzgado de Vigilancia Penitenciaria la aplicación del régimen general de cumplimiento; en caso contrario, propondrá al Centro Directivo, en informe motivado, su regresión al segundo grado.

Recibido el pronunciamiento judicial solicitado sobre la aplicación del régimen general de cumplimiento, la Junta de Tratamiento formalizará acuerdo de continuidad en tercer grado, sin que resulte necesaria su remisión al Centro Directivo siempre que el mismo se adopte por unanimidad, dejando constancia del acuerdo en el sistema informático (RVG V30).

Si el Juez de Vigilancia no procede al levantamiento del período de seguridad, la Junta de Tratamiento formulará al Centro Directivo, de forma preceptiva y urgente, propuesta de regresión a segundo grado.

- e) Por lo que respecta al requisito de satisfacción de la responsabilidad civil, a todas las propuestas de tercer grado se adjuntará copia del "Fallo" de las sentencias que se encuentre cumpliendo el interno. En el caso de que en alguna de ellas venga impuesta responsabilidad civil, se recabará del Tribunal sentenciador la pieza de responsabi-

lidad civil o informe que acredite la satisfacción o no de la misma. Esta actuación deberá llevarse a cabo con la antelación suficiente que permita disponer de esta documentación a la hora de considerar la posible clasificación en tercer grado del interno.

- f) Si el penado no ha satisfecho aún la responsabilidad civil impuesta o ha sido declarado insolvente en sentencia, la Junta de Tratamiento valorará la actitud y comportamiento efectivos del interno tendentes a resarcir el daño ocasionado por el delito, debiendo elaborar informe, de forma previa, sobre si el penado se encuentra en disposición de hacerlo y las condiciones que acepta para que ello se lleve a cabo en un futuro, durante el cumplimiento de la condena. Dichos requisitos serán exigidos con mayor rigor en los supuestos contemplados en el art. 72.5 "in fine" de la LOGP.
- g) No tendrán efectos ejecutivos los acuerdos de clasificación en tercer grado adoptados por las Juntas de Tratamiento sobre penados con condenas de hasta un año según el art. 103.7 del Reglamento Penitenciario, si existiere responsabilidad civil no satisfecha. En este caso, las propuestas se tramitarán conforme a lo establecido en los apartados e) y f) anteriores, remitiéndolas, en su momento, al Centro Directivo.

## 2.- EN MATERIA DE LIBERTAD CONDICIONAL:

Es preciso para la concesión de libertad condicional la satisfacción de la responsabilidad civil en los términos vistos anteriormente, por lo que el Informe Pronóstico Final del art. 67 LOGP sólo será favorable cuando dicho requisito se cumpla, debiendo contener, al igual que ocurría en las propuestas iniciales o progresiones de tercer grado, los criterios que las Juntas de Tratamiento ponderen para entenderlo cumplido.

Las Juntas de Tratamiento, al elevar el expediente al Juez de Vigilancia, podrán proponer una o varias de las reglas de conducta o medidas previstas en los artículos 83 y 96.3 del Código penal, especialmente la obligación de realizar los pagos fraccionados de responsabilidad civil a los que se hubiese comprometido. Los servicios sociales penitenciarios realizarán el seguimiento del cumplimiento de dichas obligaciones.

Debe señalarse, que para los supuestos de revocaciones de libertad condicional en el caso de internos condenados por delitos de terrorismo, a diferencia del resto, llevan aparejada la automática pérdida del tiempo pasado en libertad como cómputo del tiempo de condena extinguido.

## 3.- EN MATERIA DE BENEFICIOS PENITENCIARIOS:

En esta materia es preciso destacar como novedosos en la nueva normativa los siguientes aspectos:

- Que el adelantamiento a las 2/3 partes nunca puede aplicarse a internos condenados por delitos de terrorismo o cometidos en el seno de organizaciones delictivas.
- Que se introduce un nuevo beneficio de adelantamiento cualificado, que tampoco es aplicable a penados por delitos de terrorismo o integrantes de organizaciones delictivas, que exige:
- Tener cumplida la mitad de la condena.

- Una participación efectiva y favorable en programas de reparación a las víctimas o programas de tratamiento o desintoxicación (art. 91.2 CP).
- Que el beneficio nuevo consiste en adelantar la libertad condicional de las 2/3 a un máximo 90 días antes por cada año de cumplimiento efectivo de condena.

Con el fin de poder proponer de forma justificada al Juez de Vigilancia Penitenciaria este nuevo beneficio, las Juntas de Tratamiento, seguirán los criterios establecidos en la Instrucción 3/2004, de 29 de diciembre, sobre sistema de evaluación e incentivación de las actividades de los internos.

### Disposición Derogatoria

La presente Instrucción deroga la 2/2004.

Madrid, a 15 de marzo de 2005

LA DIRECTORA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

Fdo. Mercedes Gallizo Llamas

**I 3/2005 PE**

### ASUNTO:

**INSTRUCCIÓN QUE REGULA EL PROGRAMA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS CENTRALES DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS.**

Área de Aplicación: Personal funcionario destinado en los Servicios Centrales.

**Descriptor: MANUAL DE ATENCIÓN, CUADRANTE DE SERVICIOS, ASIGNACIÓN DE PERSONAL, MODIFICACIÓN DE LAS INSTRUCCIONES 9/97, DE 13 DE JUNIO Y 6/2003, DE 8 DE MAYO.**

Con el fin de conseguir una mejora en la atención por parte de las distintas unidades de los servicios centrales de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, se hace preciso articular una serie de medidas encaminadas a garantizar unos compromisos claros de prestación del servicio por parte de los funcionarios en ellos destinados que sean, a la vez, conocidos por todos los usuarios de éstos, especialmente por los distintos Establecimientos Penitenciarios.



Dentro de este principio inspirador se considera adecuado poner en marcha una serie de actuaciones encaminadas a la consecución de este objetivo, constituyendo una de ellas la instauración de un programa de mejora en la atención en horario de tarde por parte de los distintos servicios de esta Dirección General.

Estas actuaciones se concretan en las siguientes instrucciones de obligado cumplimiento:

### **1. Manual de atención de los Servicios Centrales.**

Se elaborará en cada Subdirección General un directorio que contendrá necesariamente un número de teléfono de referencia por cada Servicio que será atendido todos los días, de lunes a jueves, en horario de tarde. Asimismo, por cada Servicio o Área, se indicarán los procedimientos y actuaciones administrativas que se puedan llevar a cabo o sobre los que se puedan ofrecer datos o información en ese horario.

### **2. Cuadrante de atención de los Servicios.**

Para garantizar tanto la atención del Servicio como el cumplimiento de lo especificado con respecto a los procedimientos y actuaciones administrativas, por cada Servicio o Área se establecerán los cuadrantes correspondientes de distribución del turno de tarde, de lunes a jueves, entre los funcionarios asignados. En todo caso, en el horario indicado, en cada Servicio, un funcionario atenderá éste hasta las 19 horas. En los casos que no sea posible establecer el cuadrante en un determinado Servicio, se establecerá éste por el Área o en su caso por la agrupación que determine la Subdirección responsable.

### **3. Asignación de personal.**

La asignación mensual del complemento de productividad, además de la realización de la jornada y horario de especial dedicación, queda vinculada, salvo en aquéllos puestos de trabajo que por sus características individuales no se ajusten al mismo, al cumplimiento de las obligaciones establecidas en el programa para la mejora de la calidad de la atención en los Servicios Centrales. El programa será objeto de un adecuado seguimiento, pudiendo acordarse la baja en la percepción del mencionado concepto retributivo en casos de incumplimiento de las obligaciones y compromisos adquiridos.

Para posibilitar la implantación del programa indicado es necesario, proceder a la **modificación de las Instrucciones** que regulan el calendario laboral y horario de los Servicios Centrales y la asignación del complemento de productividad de los mismos y, en consecuencia:

I.- El apartado TERCERO "JORNADA Y HORARIOS DE ESPECIAL DEDICACIÓN" de la Instrucción 6/2003, de 8 de mayo, del Director General de Instituciones Penitenciarias y Presidente del Organismo Autónomo Trabajo y Prestaciones Penitenciarias (actualmente Organismo Autónomo Trabajo Penitenciario y Formación para el Empleo) por la que se regula el calendario

laboral y horario de los Servicios Centrales de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias y del Organismo Autónomo Trabajo y Prestaciones Penitenciarias (actualmente Organismo Autónomo Trabajo Penitenciario y Formación para el Empleo), queda redactado de la siguiente forma:

### TERCERO.- “JORNADA Y HORARIOS DE ESPECIAL DEDICACIÓN”

Supone el cumplimiento de cuarenta horas semanales sin perjuicio del aumento de horario que ocasionalmente sea preciso por necesidades del servicio.

#### 1.- Tiempo fijo de cumplimiento del horario:

- Mañana. Seis horas y media, de lunes a jueves, a realizar entre las ocho y las quince horas, y de seis horas los viernes a realizar entre las ocho y las quince horas.
- Tarde. Dos horas y media, de lunes a viernes, a realizar entre las dieciséis treinta y las diecinueve horas.

#### 2.- Tiempo flexible de cumplimiento del horario:

Se podrá cumplir entre las ocho horas y las diecinueve treinta horas de lunes a viernes.

El personal sujeto al horario de especial dedicación tendrá las siguientes fórmulas de cumplimiento de la jornada vespertina:

##### **A) Niveles 26-28 (ambos inclusive)**

Realizarán como mínimo dos tardes a la semana.

##### **B) Niveles inferiores a 26**

Realizarán como mínimo una tarde a la semana.

En la jornada que se venga obligado a realizar tarde se tendrá una interrupción mínima de una hora para la comida entre las catorce treinta y las dieciséis treinta horas.

II.- La Instrucción 9/97, de 13 de junio, parcialmente modificada por la 4/99, de 25 de febrero, regula la asignación del complemento de productividad en el ámbito de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias y del Organismo Autónomo Trabajo y Prestaciones Penitenciarias (actualmente Organismo Autónomo Trabajo Penitenciario y Formación para el Empleo). Con relación al Programa de Productividad de los Servicios Centrales, contemplado en la Instrucción indicada, al Apartado 1.2. - "Obligaciones de los Funcionarios que perciban el complemento de productividad", se añaden el punto 1.2.3. con la redacción que se indica a continuación:

*1.2.3.- Cobertura del servicio en el turno de tarde.*

Los funcionarios perceptores del complemento de productividad deben cumplir con todas las obligaciones previstas para las Jornadas y Horarios de Especial Dedicación en la Instrucción que regula el calendario laboral y horario de los Servicios Centrales y, en especial, las derivadas del Programa para la mejora de la calidad de la atención en los Servicios Centrales. En casos de incumplimiento de las obligaciones previstas, se procederá, a propuesta del responsable de la Unidad donde esté destinado el funcionario, a formalizar su baja en la percepción del complemento."

**III.- Derogación normativa.**

Quedan derogada cualquier disposición de igual o inferior rango que se oponga al contenido de la presente.

**IV.- Vigencia.**

La presente Instrucción entrará en vigor el 1 de junio de 2005.

Madrid, a 13 de mayo de 2005

LA DIRECTORA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS Y PRESIDENTA DEL ORGANISMO AUTÓNOMO TRABAJO PENITENCIARIO Y FORMACIÓN PARA EL EMPLEO

(P.D. Orden Int 985/2005 de 7 de abril)

Mercedes Gallizo Llamas

**I 4/2005 TGP**

**Asunto:**

**ACTUALIZACIÓN DE LA INSTRUCCIÓN 24/96 DE 16 DE DICIEMBRE.**

Área de aplicación: Régimen.

**Descriptor: COMUNICACIONES INTERNOS.**

Dado el tiempo transcurrido desde la emisión de la Instrucción 24/96 y la incorporación de nuevos elementos y procedimientos implantados, es necesario revisar la normativa referente a los mecanismos existentes en los Centros Penitenciarios que permitan mejorar las prestaciones de la administración a los internos y sus familiares, profesiona-

les y amigos, con el fin de mantener los vínculos con su entorno familiar y social lo que, sin duda, representa una de las actividades de mayor incidencia en la consecución de uno de los objetivos demandados por la L.O.G.P., su reinserción.

Estos mecanismos no son otros que las comunicaciones, la recepción de paquetes y las Unidades de Información al exterior.

En consecuencia, para el desarrollo de los mismos se estará a lo dispuesto en el Reglamento Penitenciario y normas de la presente Instrucción.

## **A) COMUNICACIONES Y VISITAS**

(Arts. 41 al 49 inclusive del R.P.)

### **1. Reglas generales**

- a) Todas las comunicaciones se celebrarán en los locales acondicionados para tal efecto.
- b) De todas ellas se llevará un minucioso control mediante el sistema informático, si existiera, o mediante un libro de registro. En ambos casos reflejando los datos mencionados en el art. 41.4 del Reglamento Penitenciario.
- c) Todo interno podrá comunicar inmediatamente a su familia y abogado su ingreso en un Centro Penitenciario. Esta comunicación se llevará a cabo por teléfono, telegrama, carta, o por cualquier otro medio que el Consejo de Dirección determine de acuerdo con las características del Establecimiento.
- d) A los efectos del apartado anterior a los internos extranjeros se les facilitará, a su ingreso, la dirección y el número de teléfono de su representación diplomática acreditada en España.
- e) Los menores de edad que no vayan acompañados de sus padres o tutores necesitarán obligatoriamente autorización escrita de aquellos. En los casos en que excepcionalmente se concedan comunicaciones íntimas con menores requerirán, además de esta autorización, la acreditación de una relación afectiva estable.
- f) A los internos que se encuentren detenidos, presos o penados por delito de violencia doméstica y/o sobre los que se haya dictado orden judicial de alejamiento, no se les autorizarán comunicaciones con las víctimas, salvo que resoluciones judiciales dispongan lo contrario. A tal fin, se deberán revisar todos los casos existentes en los Centros, a la recepción de la presente Instrucción.

### **2. Comunicaciones orales.**

- a) Las comunicaciones orales se celebrarán los sábados y domingos, estableciéndose por el Consejo de Dirección los criterios para su distribución, teniendo en cuenta los grupos de clasificación interior del Centro, no haciendo coincidir internos que pertenezcan a distintos grupos, suprimiendo el descanso diurno si para ello fuese necesario en estos días. En caso de ser insuficiente esta medida, las comunicaciones podrán ampliarse al viernes.

- b) La concesión se realizará previa petición de hora, bien telefónicamente o bien personalmente por las personas que deseen comunicar. A tal efecto se dará a conocer el número de teléfono y horario en que los visitantes podrán solicitar las comunicaciones.
- c) El horario de atención al público para solicitar comunicaciones se establecerá de lunes a viernes por el Consejo de Dirección.
- d) Los visitantes y familiares autorizados que soliciten comunicación deberán manifestar nombre, domicilio, D.N.I., pasaporte o N.I.E. (número de identificación de extranjeros y tarjeta de residencia), parentesco, día y hora preferente en que deseen comunicar, de acuerdo con los días y horas establecidos para cada grupo de clasificación en el apartado anterior.
- e) El Director podrá autorizar el cambio de día y hora de la comunicación, en el caso de justificar suficientemente los familiares la imposibilidad de acudir a comunicar en los días y horas establecidos, dando cuenta en la próxima reunión al Consejo de Dirección.
- f) Los visitantes que se presenten con posterioridad a la hora asignada, en casos justificados, podrán celebrar la misma en cualquier otro turno de los que por clasificación interior del interno le corresponda, si existiera plaza libre.
- g) A aquellos visitantes que se personen en el Centro sin haber solicitado previamente día y hora se les incluirá en turno de comunicaciones de su módulo, donde haya locutorios libres y si no los hubiera, al turno donde exista vacante.
- h) La fecha y hora de comunicaciones asignada se mantendrá, aunque el interno fuera trasladado de departamento por motivo de clasificación interior, salvo que por razones de seguridad o regimentales sea necesario asignarle otro turno (aplicación de medios coercitivos, clasificado o regresado a primer grado de tratamiento, aplicación del art. 10 de la L.O.G.P., o sancionados).
- i) Se procurará no asignar hora para el siguiente turno de comunicaciones si antes no se ha completado el anterior, salvo casos justificados apreciados por el funcionario encargado del control de comunicaciones.
- j) En los casos que por ausencia de algún visitante no se celebre la comunicación, la plaza vacante generada podrá ser cubierta por la primera del turno siguiente, y así sucesivamente.
- k) Los internos clasificados en primer grado, o los que tengan aplicado art. 10 de la L.O.G.P. y los sancionados comunicarán en turnos diferentes al resto, establecidos por el Consejo de Dirección, y con las medidas de seguridad adecuadas.
- l) Las comunicaciones deberán quedar reseñadas en el sistema informático/libro registro o en la ficha individual del interno. Si la comunicación estuviera restringida, intervenida o suspendida se hará constar de igual manera.
- m) En todo caso, se exigirá al interno la presentación del Documento de Identificación Interior para acceder a los locutorios.
- n) La entrada de los visitantes se realizará por turnos, pasando sólo al que le corresponda comunicar. Todos los visitantes deberán pasar el arco detector de metales y sus pertenencias, prendas u objetos susceptibles de contener objetos prohibidos, por el escáner. En todo momento, serán acompañados por el funcionario encargado de trasladarlos a la sala de locutorios.

- o) Los amigos deberán ser previamente autorizados por el Director mediante solicitud del interno, quién trasladará las correspondientes autorizaciones al Funcionario encargado de la confección del listado (control de comunicaciones), y los familiares deberán acreditarlo documentalmente, a través del D.N.I., N.I.E. (n.º identificación extranjeros y tarjeta de residencia), Pasaporte, Carnet de Conducir, Libro de Familia, Certificado de Convivencia o Certificado de Parejas de hecho, expedido por el Ayuntamiento de la localidad.
- p) Los visitantes se presentarán en el control de comunicaciones con una antelación mínima de 30 minutos a la celebración de la comunicación.
- q) Existirán tantas plazas por turnos como cabinas en los locutorios.
- r) Una vez efectuada la comprobación documental, y con el V.º B.º del Director, o quien reglamentariamente le sustituya, el Funcionario encargado del control de comunicaciones, entregará copia del listado general, por turnos, al Jefe de Servicios, quien hará entrega, según Departamentos, al Funcionario encargado de trasladar a los internos hasta el Departamento de Comunicaciones.
- s) Se entregará copia de la lista de comunicaciones al Funcionario de la Unidad de Acceso para que proceda de acuerdo con lo establecido en el todavía vigente art. 305 del R.P. de 1981 (conforme a la Disposición Transitoria tercera del R.P. de 1996), autorizando la entrada sólo del turno que le corresponde comunicar, los visitantes deberán ser acompañados por el Funcionario encargado de trasladarlos a la sala de locutorios. La lista será devuelta al Funcionario de control de comunicaciones con indicación de las que no se hayan celebrado.
- t) A los internos cuyos familiares residan fuera de España, previo acuerdo del Consejo de Dirección, se les podrá ampliar el número de comunicaciones semanales o la duración de las mismas.
- u) En los Centros que se encuentren alejados de las ciudades, los Directores de los mismos efectuarán las gestiones con los Ayuntamientos o empresas adjudicatarias para que la frecuencia de los medios de transporte sea la necesaria.

### **3. Comunicaciones íntimas, familiares y de convivencia (art. 45 R.P.)**

#### **3.1. Íntimas y familiares**

- a) Se concederán dos comunicaciones (una íntima y otra familiar) al mes a aquellos internos que no disfruten habitualmente de permisos de salida. No obstante lo anterior, pueden existir Centros que carezcan de la capacidad necesaria para efectuarlas. En este caso el Consejo de Dirección podrá autorizar el mínimo de tiempo en cada una (una hora), o bien podrá acumular el tiempo de ambas en una sola (íntima o familiar de dos horas como mínimo) a petición del interno.
- b) Con carácter extraordinario, se podrá conceder otra, íntima o familiar, dentro del mismo mes, como recompensa y por importantes y comprobados motivos debidamente justificados en cada caso.
- c) Con carácter general, no se concederán comunicaciones íntimas a los internos con personas que no puedan acreditar documentalmente la relación de afectividad o que hayan

celebrado otras con anterioridad con persona distinta a la solicitada, en cuyo caso será necesario que exista, al menos, una relación de estabilidad de 6 meses de duración.

- d) Cuando se trate de menores se extremarán las medidas de control establecidas, recurriendo, si fuera necesario para la verificación de la documentación aportada, a los Servicios Sociales.

### **3.2. De convivencia**

- a) Las comunicaciones de convivencia se celebrarán en locales apropiados y debidamente acondicionados. Se concederán, previa solicitud del interno, una al trimestre como mínimo y con una duración máxima de 6 horas, a aquellos internos que no disfruten permisos de salida. No obstante, dicho tiempo podrá reducirse hasta el 50% en aquellos Centros Penitenciarios que aún no dispongan de locales suficientes y adecuados para la celebración de las precitadas comunicaciones.
- b) Si las instalaciones lo permiten podrán concederse como máximo, hasta seis internos y sus familiares, simultáneamente.
- c) El número de familiares por interno no será superior a seis, salvo casos excepcionales debidamente motivados y autorizados por la Dirección.
- d) Los locales estarán provistos de mobiliario, máquinas expendedoras de refrescos, cafés y productos alimenticios, que permitan si fuera necesario, celebrarse sin las limitaciones del horario de comidas. Si el número de internos no fuera suficiente y/o la sala careciese de los medios citados, se autorizará la adquisición de estos productos en el economato.
- e) Asimismo, si por el número de internos que comunican se estimara necesario, se podrán instalar Juegos infantiles (columpios, toboganes, etc.).
- f) En los Establecimientos que no dispongan de tales locales podrán utilizarse otras dependencias con las debidas medidas de seguridad, y si ello tampoco fuera posible se procederá por el Director del Establecimiento a motivar convenientemente esta decisión, enviándola al Juzgado de Vigilancia Penitenciaria para su conocimiento, y formulando propuesta a la Subdirección General de Servicios Penitenciarios sobre las obras de acondicionamiento necesarias de locales designados para ello.

### **3.3.- Internos sancionados**

Por razones de seguridad en cuanto al cumplimiento de sanciones se observarán las siguientes normas:

- 1) Los internos que cumplan sanciones de aislamiento en celdas o de fin de semana no podrán hacer uso de las comunicaciones reguladas en el punto 3. A tal fin se procurará por la Dirección del Establecimiento que el cumplimiento de las referidas sanciones no coincidan con la fecha autorizada para la celebración de las comunicaciones anteriores, excepto cuando se trate de sanciones de inmediato cumplimiento o aplicación de aislamiento provisional (art.72 R.P.)

- 2) Cuando concurra la excepción prevista en el punto anterior y por tanto coincida en el tiempo el cumplimiento de la sanción y la fecha de la comunicación, se demorará ésta hasta después del cumplimiento, indicando al interno sancionado que comunique telefónicamente a la familia las circunstancias sobrevenidas.

En el supuesto de no poderse llevar a efecto lo anterior o cuando no exista tiempo suficiente para ello y, por consiguiente, se produzca el desplazamiento de la familia hasta el Centro Penitenciario, se le autorizará una comunicación oral de veinte minutos. Procediéndose por la Dirección del Centro, previa petición del interno, a señalar nueva fecha de la comunicación suspendida.

### **3.4. Internos clasificados en primer grado o con aplicación del artículo 10 de la LOGP**

Los internos clasificados en primer grado de tratamiento o con aplicación el art. 10 de la LOGP, celebrarán sus comunicaciones ajustadas a las normas que, para ellos, se dicten por el Consejo de Dirección.

## **4. Controles y cacheos reglamentarios**

### **4.1. A los internos:**

- a) Se les exigirá la presentación del Documento de Identificación Interior.
- b) Cuando excepcionalmente haya de procederse a realizar un cacheo integral de los internos por los motivos señalados en el artículo 68 R.P., se realizará éste conforme al protocolo establecido por esta Dirección General con fecha 9/03/05.
- c) Se tomará la impresión dactilar del dedo pulgar de la mano derecha a la entrada de la comunicación, comprobando la identidad a la salida, antes de que los familiares hayan abandonado el Centro, para su exacta identificación.
- d) Rayos-X y ecógrafos, cuando existan fundadas sospechas de introducción de objetos o sustancias prohibidas al interior del Establecimiento, de acuerdo con lo previsto en el art. 68.4 del R.P., y conforme a la jurisprudencia recaída en esta materia (Sentencia del Tribunal Constitucional 35/1996 de 11 de marzo, entre otras).

### **4.2. A los familiares:**

- a) Arco detector de metales. Sus pertenencias y prendas u objetos susceptibles de contener objetos prohibidos por el escáner.
- b) Otros controles, incluyendo excepcionalmente el cacheo integral (en la forma y por los motivos previstos en los arts 68 y 45.7. No obstante, se tendrá en consideración lo resuelto por las Autoridades Judiciales.
- c) No podrán ser portadores de bolsos, objetos, comida, bebida, etc., ni a la entrada ni a la salida. Para ello, existirán en el exterior lugares adecuados para depositarlos, debidamente identificados.



- d) La no aceptación o infracción de lo anterior llevará aparejada la suspensión de la comunicación, notificándose al Director y éste, a su vez, al Juzgado de Vigilancia.

## **5. Comunicaciones entre internos**

### **5.1. Del mismo Centro:**

- a) Se concederán en el mismo número y supuestos especificados en la normativa general para cada tipo de comunicación.
- b) El lugar de celebración será el mismo que para las íntimas y familiares.
- c) En el supuesto de las comunicaciones orales, el Director determinará el lugar más idóneo para su celebración.
- d) El Consejo de Dirección determinará los días y horas de celebración, así como las medidas de seguridad a adoptar.
- e) La solicitud deberá ser efectuada por todos los comunicantes, con la antelación suficiente y no podrá ser inferior a 10 días antes de su celebración.
- f) Todas las comunicaciones serán tenidas en cuenta para el cómputo total, excepto las ordinarias que no contabilizarán.

### **5.2. De distintos Centros:**

Previa autorización del Centro Directivo, a propuesta de la Junta de Tratamiento, se concederán comunicaciones íntimas, familiares, de convivencia y orales, entre internos de diferentes Centros, si están ubicados en la misma localidad. En ningún caso se autorizarán si los Centros están en distinta localidad.

## **6. Comunicaciones escritas (Art. 46 R.P.)**

- a) No habrá limitaciones, salvo las recogidas en el Reglamento Penitenciario, en cuanto al número de cartas o telegramas que los internos puedan recibir o remitir. Existirá un procedimiento de registro adecuado, tanto de las remitidas como de las recibidas.
- b) Las cartas que los internos expidan de prisión a prisión lo serán en sobre cerrado y cursadas a través de la Dirección, sin necesidad de franqueo.
- c) Todas las cartas recibidas deberán pasar por los controles de seguridad electrónicos adecuados (escáner), antes de su introducción en el interior del Centro.
- d) Podrán mantener comunicaciones escritas los internos del mismo Centro de acuerdo con el art. 46 apdo. 7 del R.P.

## **7. Comunicaciones telefónicas (Art. 47.R.P.)**

### **7.1. Normas generales**

- a) Se autoriza, con carácter general, a todos/as los/as internos/as, un máximo de cinco llamadas telefónicas a la semana, cada una de cinco minutos de duración, sin que

puedan ser acumulables de una semana a otra, ni el número de llamadas ni el tiempo de duración.

- b) Por la vía de las recompensas previstas en el art. 41. 6 del R.P. no podrán concederse comunicaciones telefónicas, ya que el nuevo sistema de control implantado no permite más de las cinco llamadas ya autorizadas. No obstante, en su lugar se podrá conceder a internos, sin ningún tipo de medios económicos, previa comprobación del estado de la cuenta de peculio de los mismos, tarjetas telefónicas para que puedan comunicar con sus familiares, teniendo en cuenta, además, que el sistema implantado no permite las llamadas a cobro revertido, modalidad ésta no contemplada en el R.P.
- c) Para su debido control, dado que el nuevo sistema permite almacenar los datos en memoria durante un periodo máximo de tres meses, se procederá por parte del Centro, a su archivo mensual, en soporte informático.
- d) Las comunicaciones previstas en el art. 47.4 en relación con el art. 41.3 del R.P. tendrán una duración máxima de dos minutos.
- e) Tanto el cambio de Módulo como de Centro de los internos implicará, necesariamente, la baja y alta respectiva en el sistema de telefonía. En caso contrario, no se podrán gestionar las llamadas en el de destino.  
  
Asimismo, en el Expediente físico personal de cada interno se archivará copia de los números de teléfono autorizados, además del parentesco o relación de amistad o profesional de las personas con las que desea mantener este tipo de comunicaciones. Este archivo se hará sólo la primera vez, ya que, salvo modificaciones, la información permanecerá mientras estén los internos en prisión.
- f) Las comunicaciones telefónicas con amigos, previamente autorizadas por la Dirección del Centro o Coordinación de Seguridad de este Centro Directivo, se podrán dar de alta en el sistema, suspendiéndose dicha autorización cuando existan razones seguridad que así lo aconsejen.
- g) Este tipo de comunicaciones podrán ser autorizadas, a través del nuevo sistema, con los Abogados que se encuentren acreditados como defensores o representantes de los internos. A estos efectos, se tendrá en cuenta lo preceptuado en el art. 48.1-2.<sup>a</sup> del R.P. cuando se trate de internos pertenecientes a bandas o grupos armados.

## **7.2.- Comunicaciones entre internos de distintos Centros**

Estas comunicaciones serán autorizadas por ambas Direcciones, previa solicitud de los interesados, de acuerdo al siguiente procedimiento:

- a) Sólo se autorizarán entre internos que acrediten relación de afectividad o parentesco.
- b) Una vez comprobada la relación anterior y autorizada la tramitación de la comunicación, se remitirá petición al Centro receptor donde deberán constar los siguientes datos:
  - Apellidos y nombre del interno/a solicitante
  - Apellidos y nombre del interno/a con quién desea comunicar

- Relación de parentesco o afectividad entre ambos internos
  - Fecha y hora de la llamada
- c) El Centro receptor, una vez recibida la petición anterior, comunicará la aceptación de la misma con la confirmación del día y la hora.
- En ambos casos, la realización y recepción de las llamadas se hará a través de funcionarios.
- d) El día establecido para la realización de estas llamadas será los miércoles de 17 a 19 horas.
- e) El número de llamadas que podrán realizar o recibir los internos será de dos al mes.

Asimismo, en el plazo de un mes, a partir de la recepción de la presente Instrucción, cada Centro deberá remitir al Área de Régimen de la Subdirección General de Tratamiento y Gestión Penitenciaria el número de teléfono destinado a este fin y el departamento de ubicación.

### **7.3.- Control de llamadas**

El nuevo sistema dispone de algunos mecanismos de control para detectar la repetición de números telefónicos entre distintos internos, lo que posibilitaría que pudieran realizar más llamadas de las autorizadas, utilizando el número de identificación (NIS) correspondiente de otro interno, o que hicieran uso abusivo de las llamadas inferiores a 10 segundos. Por estos motivos y otros que pudieran detectarse, se adoptarán las siguientes medidas:

- a) El número de identificación de los internos (NIS) es personal y, por tanto, no podrá utilizarse por otros internos.
- b) Diariamente se realizará un control de comprobación, a través de el Documento de Identificación Interior de los internos, en el momento de realizar la llamada o con posterioridad, utilizando el servicio de control de gestión de llamadas y verificando que el NIS del interno identificado corresponde al del interno que ha realizado la llamada. Especialmente con internos que tengan intervenidas las comunicaciones por Resolución Administrativa o Judicial, o bien pertenezcan a grupos de delincuencia criminal organizada.
- c) De forma aleatoria, se realizarán controles, por el funcionario que gestiona el sistema de llamadas, con el fin de detectar el uso abusivo en las llamadas inferiores a 10 segundos de duración y superiores a 300".
- d) Los internos que soliciten autorización de alta de números de teléfono en el sistema, por cambio o nueva incorporación, deberán indicar, además del parentesco, domicilio, nombre y apellidos del titular. Con estos datos podremos comprobar la titularidad a través de Internet o cualquier otro medio de verificación.
- e) En los supuestos que se detecte el incumplimiento de la normativa existente al efecto, se podrá actuar vía disciplinaria. También se podrá excluir del procedimiento automático de llamadas, durante el tiempo que se estime necesario. En este caso, el interno responsable deberá solicitar, mediante instancia, cada comunicación telefónica que quiera realizar, con indicación del número de teléfono, persona y paren-

tesco. Una vez autorizada, con expresión del día y la hora de realización, se pasará copia al Servicio de Control de Comunicaciones Telefónicas para darle de alta. Una vez celebrada causará baja de nuevo en el sistema automático.

## **8. Comunicaciones con abogados, procuradores, autoridades y profesionales (Art. 48 Y 49 R. P.)**

Para este tipo de comunicaciones se atenderá a lo preceptuado en los artículos correspondientes.

En los supuestos contemplados en el art. 48.2, en relación con los Abogados llamados por los internos a través de la Dirección o por los familiares de aquéllos, cuando se personen en los Centros Penitenciarios solicitando comunicación con los internos, además del exhaustivo control que prevé la legislación penitenciaria, y previo a la comunicación, se requerirá al interno para que por escrito ratifique su voluntad de celebrar dicha comunicación; en caso contrario no se autorizará la misma.

El Director dará las instrucciones oportunas para agilizar, en todo lo posible, tanto el acceso de las personas autorizadas como la realización de la comunicación.

En los Centros que no dispongan de locutorios suficientes para absorber la demanda de comunicaciones con Letrados o se produzca sobresaturación en determinados días y ello provoque esperas prolongadas, se implantará el sistema de cita previa, con el objeto de racionalizar las mismas, garantizar el derecho a la defensa de los internos y agilizar la gestión de este tipo de comunicaciones.

A tal fin, una vez adoptado el acuerdo por el Consejo de Dirección, se comunicará al Centro Directivo para su aprobación. Con posterioridad, se notificarán al Colegio de Abogados correspondiente, con indicación de la fecha de entrada en vigor que, en ningún caso, será inferior a un mes desde la referida comunicación, los días, horas y número de teléfono a través del que podrán solicitar las comunicaciones.

Los Abogados que se personen en el Centro sin tener asignada hora de comunicación podrán celebrarla si existen locutorios vacíos, en caso contrario, deberán esperar hasta que exista disponibilidad dentro del horario establecido.

## **B) RECEPCION DE PAQUETES Y ENCARGOS (Art. 50 y 51 del R.P.)**

### **1. Recepción y salida (Art. 50 R.P.)**

- a) Por el Consejo de Dirección se fijarán los días y horas de recepción y salida de paquetes, haciéndolos coincidir, necesariamente, con los días de comunicación oral, de tal manera que cada interno pueda recibir o enviar paquetes en fines de semana alternos. En casos muy justificados se podrá autorizar la entrada de paquetes con motivo de la celebración de otras comunicaciones.
- b) Queda expresamente prohibida la recepción de paquetes por correo o agencia. A estos efectos serán tratados como cartas todos aquellos envíos de correo que tengan

tal naturaleza (hasta 2 kg de peso) y no vengán identificados con los sellos correspondientes a paquetes postales.

- c) Antes de introducir los paquetes en el interior del Establecimiento deberán ser escaneados y revisados minuciosamente.
- d) Previamente a la entrega del paquete a los internos destinatarios, se les exigirá la presentación del Documento de Identificación Interior.

### C) INFORMACIÓN AL EXTERIOR

- a) En cada Centro Penitenciario existirá una Unidad de Información al exterior, si fuera posible. En caso de no serlo, el Director organizará este servicio encargándolo a otra Unidad o funcionario, que compatibilizará el de información con el suyo propio.
- b) El Consejo de Dirección establecerá el horario, que será suficientemente amplio para permitir el mayor número de consultas, no pudiendo ser inferior a cinco horas diarias y cuya franja horaria coincidirá, en la medida de lo posible, entre las 9,00 y las 14,00 horas y entre las 16,00 h. y 18,00 h.
- c) La información que se facilitará será la relativa a servicios generales del Centro: días y horas de comunicaciones, de recogida y entrega de paquetes, de visitas a los Trabajadores Sociales, etc. Cualquier otra demanda de información, contenida en el expediente informático y/o físico de los internos, deberá ser autorizada, previamente, por escrito por éstos, indicando las personas destinatarias de la misma. Autorización que deberá constar en ambos expedientes.
- d) A tal efecto se solicitará a los internos que digan por escrito a qué personas y qué tipo de información desean autorizar, para que, en su caso, se facilite por el Centro Penitenciario o Centro Directivo. Los datos aportados deberán insertarse en el S.I.P. en el apartado correspondiente y su archivo se realizará en el expediente físico.
- e) Se habilitará el Departamento correspondiente, si no existiese aún, para facilitar directamente la información requerida.
- f) El Funcionario encargado de la Unidad deberá tener acceso al expediente informático de los internos (S.I.P), con las limitaciones que la Dirección del Centro considere oportunas, conforme a la legislación vigente y resoluciones judiciales existentes al efecto. Así mismo, la Dirección podrá dictar las instrucciones que estime convenientes para el correcto desarrollo y seguridad del servicio.
- g) Todos los Centros Penitenciarios deberán de disponer del libro de quejas y 4 sugerencias, de acuerdo con el art. 15 y s.s. del R.D. 208/96, de 9 de febrero (B.O.E. 4-3-96), desarrollado por Orden de 30 de julio de 1996 (B.O.E. 8-8-96), completada en B.O.E. 10-8-96.

### D) DISPOSICION DEROGATORIA

Queda derogada la Instrucción 24/96 y las Instrucciones y Órdenes de servicios relativas a las comunicaciones de los internos, paquetes y encargos e información al exterior que se opongan a la presente, excepto las relativas a comunicaciones telefónicas que permanecerán en vigor hasta la implantación del nuevo sistema de telefonía.

## E) DISPOSICION FINAL

La presente Instrucción entrará en vigor al día siguiente de su recepción en los Centros Penitenciarios. De la misma se dará lectura en la primera sesión del Consejo de Dirección y de la Junta de Tratamiento, procediendo a su difusión en los términos establecidos en el art. 280.2.14.ª del Reglamento Penitenciario.

Madrid, 16 de mayo de 2005

LA DIRECTORA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

Fdo. Mercedes Gallizo Llamas

**I 5/2005 PE**

**Asunto:**

### **PROGRAMA DE PRODUCTIVIDAD VINCULADO A LA REDUCCIÓN DEL ABSENTISMO LABORAL.**

Área de Aplicación: Personal funcionario y laboral que presta sus servicios en el ámbito de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias y del Organismo Autónomo Trabajo Penitenciario y Formación para el Empleo, destinado en servicios periféricos.

**Descriptor: ASIGNACIÓN AL PERSONAL FUNCIONARIO Y LABORAL DE LOS SERVICIOS PERIFÉRICOS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS Y DEL ORGANISMO AUTÓNOMO TRABAJO PENITENCIARIO Y FORMACIÓN PARA EL EMPLEO, DEL COMPLEMENTO DE PRODUCTIVIDAD VINCULADO A LA REDUCCIÓN DEL ABSENTISMO LABORAL.**

El Acuerdo de 29 de marzo de 2005 entre el Ministerio del Interior (Administración Penitenciaria) y los Sindicatos ACAIP, FSP-UGT, CIG y ELA sobre mejora del servicio público de la Institución Penitenciaria contempla, en su apartado Noveno, medida segunda, el establecimiento de un programa específico de productividad para reducir el absentismo laboral, con deducciones en función de la no asistencia al trabajo.

La aplicación de esta medida conlleva la revisión de los distintos programas de productividad en el ámbito de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias y del Organismo Autónomo Trabajo Penitenciario y Formación para el Empleo, en aras a conseguir resultados más eficaces en la retribución del especial rendimiento, la actividad extraordinaria y el interés o iniciativa en el desempeño del trabajo, como se define en el art. 2.3. de la Ley 30/1984.

Parece razonable crear nuevos modelos de procedimiento de asignación del complemento de productividad que, sin alterar la filosofía establecida en los pactos de 18 de sep-

tiembre de 1999, con la implantación del programa vinculado al rendimiento y a la calidad del servicio y prorrogado por el pacto de 14 de noviembre de 2002, recoja el actual acuerdo de establecer un programa para reducir el absentismo laboral.

Teniendo como objetivo finalista de este programa la consecución de la disminución de los índices de absentismo y por contra potenciar la mejora de la calidad en el servicio público, y entendiendo que la productividad es un concepto retributivo fundamentalmente encaminado a valorar lo que el empleado hace y produce y que no forma parte de las retribuciones que se devengan por la sola asignación de un puesto, sino que es una percepción eventual ligada a cumplir los objetivos fijados, siendo el central la asistencia efectiva al puesto de trabajo y un determinado rendimiento.

Esta Directora General de Instituciones Penitenciarias y Presidenta del Organismo Autónomo Trabajo Penitenciario y Formación para el Empleo, una vez vistas las disponibilidades presupuestarias, lo preceptuado en el art. 25, apartado E) de la Ley 2/2004 de 27 de diciembre de Presupuestos Generales del Estado para 2005 (BOE de 28 de diciembre) y el acuerdo alcanzado, en uso de las competencias reconocidas

#### DISPONE:

UNO.- APROBAR UN PROGRAMA DE PRODUCTIVIDAD PARA LA REDUCCIÓN DEL ABSENTISMO LABORAL EN LOS SERVICIOS PERIFÉRICOS, que se caracterizará por:

- 1.1. Refundir los programas de productividad vinculados al rendimiento y a la calidad en el servicio de la I. 12/1999 en uno solo, con la denominación dada en esta instrucción.
- 1.2. Su devengo será mensual y el importe será asignado por servicio realizado, detrayendo de la cantidad inicial el porcentaje correspondiente al valor jornada por el servicio no realizado.
- 1.3. Las cuantías asignadas al mismo se calcularán por imputación de servicio realizado y en función de los tres grupos actuales, sin perjuicio de la propuesta que pudiera realizar la Comisión de Seguimiento del Acuerdo en aras a ir reduciendo paulatinamente y a lo largo de la vigencia de éste los grupos de distribución.
- 1.4. Se incorporan a este programa con efectos del 1 de enero de 2006, a los funcionarios de empleo interino, así como el personal laboral temporal, quedando excluidos de esta percepción el personal laboral contratado temporal, bien sea vía acuerdo subvención INEM- Dirección General o mediante contratación en la modalidad "fuera de convenio".
- 1.5. Transitoriamente y durante este año 2005, ante la necesidad de adecuación presupuestaria de ambos programas, la Subdirección General de Personal de Instituciones Penitenciarias y la Gerencia del Organismo Autónomo articularán las actuaciones precisas para su ejecución.

DOS.- Se faculta a la Subdirección General de Personal de Instituciones Penitenciarias y a la Gerencia del Organismo Autónomo de Trabajo Penitenciario y Formación para el Empleo para que articulen las actuaciones oportunas para llevar a cabo este programa, una vez se establezcan los criterios básicos en el seno de la comisión de seguimiento del

Acuerdo de 29 de marzo de 2005. Estas Unidades serán las encargadas, cada una en su ámbito de actuación, de elevar las propuestas correspondientes a la Dirección General de Instituciones Penitenciarias y Presidencia del Organismo Autónomo Trabajo Penitenciario y Formación para el Empleo, todo ello en el marco de la normativa aplicable y las disponibilidades presupuestarias.

TRES.- Por parte de los Directores de los Establecimientos se pondrá especial énfasis en la aplicación del programa, así como en dar la debida publicidad de las resoluciones adoptadas en esta materia, conforme a lo establecido en el art. 10.3 de la Ley Orgánica 11/1985 de Libertad Sindical y en el art. 9.4 de la Ley 9/1987.

CUATRO.- Queda derogada la Instrucción 12/1999 de 15 de octubre en lo que se oponga a la presente.

CINCO.- La presente Instrucción tendrá efectos económicos a partir del uno de junio de dos mil cinco, sin perjuicio de lo expuesto en el apartado 1.5. de la actual.

Madrid, 20 de abril de 2005

LA DIRECTORA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS  
Y PRESIDENTA DEL ORGANISMO AUTONOMO TRABAJO PENITENCIARIO Y  
FORMACIÓN PARA EL EMPLEO  
(P.D. Orden Int. 985/2005 de 7 de abril)

Fdo. Mercedes Gallizo Llamas

**I 6/2005 TGP**

**Asunto:**

**ACTUALIZACIÓN DE LA INSTRUCCIÓN 23/96, RELATIVA A LAS CONDUCCIONES DE INTERNOS.**

Área de aplicación: Régimen.

**Descriptor: CONDUCCIONES.**

La Dirección General de Instituciones Penitenciarias es la unidad competente para ordenar los traslados de los internos, excepto en las Comunidades Autónomas que tienen transferidas las competencias en esta materia.

Por este motivo, es necesario armonizar la actuación de las instancias afectadas en las conducciones de internos que materializan los traslados de los mismos (Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y Administración Penitenciaria), de cara a compatibilizar la seguridad de la custodia con la racionalidad del desplazamiento, evitando incomodidades



innecesarias, reduciendo la duración de los itinerarios y garantizando escrupulosamente el respeto a la dignidad y derechos de los internos.

Asimismo, los Directores de los Centros Penitenciarios podrán ordenar los traslados de internos en aquellos casos que cumplan las tres condiciones siguientes:

- Cuando el tipo de conducción sea provincial.
- Cuando el motivo del traslado sea juicio o diligencias, reingreso de éste/as, cuando la anterior orden de traslado la haya autorizado el Director del Centro de origen, siempre que no modifique el Centro Penitenciario asignado.
- Que el interno no esté incluido en el fichero F.I.E.S.

En consecuencia, y tras la revisión efectuada a las normas contenidas en la Instrucción 23/96, se establecen las siguientes:

**1.-** Los internos de los que se tenga conocimiento que van a ser conducidos, así como sus expedientes personales y demás documentación, estarán con antelación suficiente, debidamente preparados para que se pueda hacer entrega de los mismos a la fuerza conductora a la hora prevista para la conducción, evitando cualquier demora.

A tal fin, una vez conocida esta circunstancia por la Subdirección de Régimen, se comunicará a las Subdirecciones de Tratamiento, de Seguridad, de Sanidad, Administración, y Unidad Docente para que realicen las actuaciones exigidas. La Subdirección de Régimen en coordinación con la Subdirección de Seguridad o en su defecto con quien designe el Director, será responsable de coordinar todas las actuaciones para la correcta realización de la conducción.

Las conducciones de los internos se podrán ordenar, con carácter extraordinario el día antes o incluso el mismo día de la conducción; por este motivo, la Oficina de Régimen, deberá revisar antes de la salida de la conducción la posible existencia de órdenes de traslado de internos, transmitidas vía fax, donde se indique que los mismos deben ser incluidos en dicha conducción.

**2.-** La tarde anterior a la realización de la conducción todos los internos pasarán al Departamento de ingresos y salidas, donde serán debidamente cacheados, así como sus pertenencias. El equipaje deberá depositarse en el lugar adecuado destinado al efecto y sólo se les permitirá a los internos tener consigo los artículos de aseo.

Se exceptuarán aquellos internos que, por razones de seguridad, sea aconsejable mantenerlos en el Departamento de destino.

Antes de procederse a la entrega del interno a la fuerza conductora se procederá al cacheo de su persona y efectos que lleve consigo.

**3.-** Para los internos pertenecientes al colectivo FIES, así como para los internos que no perteneciendo a este colectivo presenten un historial delictivo y/o penitenciario conflictivo importante, o se encuentren clasificados en Primer Grado o art. 10 de la LOGP, se adoptarán las normas previstas en el apartado 21 de esta Instrucción, comunicando por escrito estas circunstancias al Jefe de la fuerza conductora, Director Centro de tránsito y/o destino y Autoridad Judicial ante la que van a comparecer, cuando los motivos del traslado sean judiciales.

En los Centros que ingresen, en calidad de tránsitos, serán destinados en los módulos de seguridad correspondientes.

En el caso de traslado por razones judiciales, cuando el Centro de destino no dispusiera de departamento de Régimen Cerrado o Especial o no contara con la infraestructura necesaria, serán destinados al Establecimiento Penitenciario que disponga de ella, más próximo a la sede judicial dentro de la Comunidad Autónoma, sin perjuicio de su posterior traslado, en conducción especial y directa a la citada sede judicial, en la fecha de juicio o diligencia.

4.- Dentro de las 24 horas anteriores a la salida en conducción de los internos y en el momento de su llegada a los Centros de destino, al amparo de lo establecido en el art. 288 1.ª y 12.ª del Reglamento Penitenciario de 1981, serán reconocidos por los servicios médicos.

El resultado de la exploración deberá reflejarse en la hoja de control sanitario que acompaña al expediente personal de aquéllos (ANEXO I). Este reconocimiento es independiente del señalado en el art. 20 del Reglamento Penitenciario. De las citadas hojas se entregará copia al Jefe de la Conducción. Si fuera necesario se adjuntará el Anexo II (Mod. San. 23).

En el supuesto de que los internos conducidos presenten algún tipo de lesión, se hará constar en el impreso que se adjunta (ANEXO I.BIS), se remitirá a las Subdirecciones Generales de Sanidad y de Tratamiento y Gestión Penitenciaria, Servicio de Traslados, y a la Autoridad Judicial correspondiente.

Si algún interno por presentar anomalía física, psíquica o enfermedad no pudiera realizar su traslado en conducción ordinaria, se valorará por los Servicios Médicos la oportunidad de realizarlo en otras condiciones. De considerarse necesario e imprescindible el traslado, se solicitará, con el informe correspondiente, conducción especial a la Subdirección General de Tratamiento y Gestión, quien dará conocimiento a la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria para valoración y determinación de las condiciones de la conducción. En los casos de madres con hijos, se solicitará conducción especial a la Subdirección General de Tratamiento y Gestión Penitenciaria.

En este último caso, deberán ser acompañados, durante el traslado, por personal o colaboradores de II.PP., debiendo cumplir las normas de seguridad vial específicas, que a tal efecto determina la legislación vigente.

Cuando se realice el traslado en ambulancia por razones sanitarias, será la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria a propuesta del Servicio Médico del Centro, quien determinará la conveniencia de que el traslado se realice acompañado de personal sanitario, circunstancia que se indicará en la orden dada al efecto.

En estos supuestos, la conducción se efectuará en ambulancia o vehículo adecuado y en todo caso las Fuerzas de Seguridad del Estado prestarán servicio de protección al vehículo reseñado con sus propios medios.

Si por enfermedad o causa que lo justifique tiene que ser suspendida una conducción, se comunicará de forma inmediata al Servicio de Traslados de la Subdirección General de Tratamiento y Gestión Penitenciaria y se entregará escrito al Jefe de la Fuerza conductora (Comunicación de negativo del SIP) indicando la causa de suspensión: Si el traslado obedece a razones judiciales (juicio, diligencia, comparecencia art. 505 L.E.Cr., etc.) además, deberá comunicarse a la Autoridad Judicial que interesó el mismo (art. 40 R.P.).

Antes de suspender un traslado por razón distinta a enfermedad, se deberá comunicar, con la antelación necesaria a la realización de la conducción, a la Unidad que lo ordenó,

quien deberá valorar dicha suspensión. Como norma general, el traslado de los internos que constan en la "Agenda de Traslados que Salen" (SIP) deberá producirse en el plazo de treinta días, excepto en los Centros insulares. En caso contrario se comunicará al Servicio de Traslados.

Si por enfermedad repentina, en el trayecto, la fuerza conductora tuviera que ingresar a un interno en el Establecimiento más próximo, previo los requisitos establecidos en el art. 39.2 del Reglamento Penitenciario se valorará por el médico del mismo, si puede o no continuar la conducción.

**5.-** A todos los internos a trasladar, se les hará entrega de la Hoja Informativa (ANEXO III). Los internos que deseen formular quejas o peticiones con motivo de su traslado, conforme al art. 52 y ss. del Reglamento Penitenciario podrán efectuarlo en el impreso correspondiente (ANEXO IV), que una vez cumplimentado se depositará en la Unidad de Ingresos y Salidas debiendo entregársele copia sellada de su recepción. Una copia del impreso será entregado a la Fuerza conductora, si la queja está referida a la misma o se remitirá a la Dirección General de la Guardia Civil, si la misma no se encontrara ya en el Centro.

**6.-** El equipaje deberá estar rotulado con el nombre del propietario de forma que permita su identificación y con relación detallada de objetos (ANEXO V), no pudiendo exceder de 25 kg. de peso, excepto lo estipulado en la norma 20 de esta Instrucción, ni el volumen del paquete en que se lleven debe exceder del de un bolso de tipo familiar. A tales efectos, se proveerá a los internos de un saco o similar, con dispositivo de cierre, de material que no suponga riesgo para internos, Funcionarios o responsables de la conducción.

El exceso de equipaje, televisión, ordenador y los efectos susceptibles de sufrir deterioro no podrán ser trasladados en el vehículo de la conducción, en su caso podrán ser entregados a la persona que designe el interno, previa solicitud o remitido al Establecimiento de destino, contra recibo (ANEXO VI) y conforme a lo establecido en el art. 318 del R.P.

Los objetos no autorizados en los Centros Penitenciarios no podrán ser trasladados en los vehículos de la Guardia Civil como equipaje de internos.

Cuando las pertenencias del interno sean remitidas al Centro de destino se actuará de acuerdo con las directrices dadas por la Subdirección General de Servicios Penitenciarios en cuanto al transporte de pertenencias a través de Agencia de transporte, con las comprobaciones oportunas del contenido de la carga, así como del correcto funcionamiento cuando se trate de un televisor u otro aparato de características semejantes.

Con respecto a los objetos de valor, alhajas, joyas etc., cuando el interno sea trasladado a otro Establecimiento Penitenciario no podrá portar durante su conducción dichos objetos y tampoco podrán ser entregados a la fuerza conductora para su transporte al Centro de destino. Su envío se realizará a través del Servicio de Correos como valor declarado, a cargo del Centro Penitenciario.

En el momento de la retención de dichos objetos de valor se dará conocimiento escrito al interno del procedimiento existente a tales efectos.

El traslado del equipaje de los internos hasta el autocar lo efectuarán los propietarios del mismo, excepto cuando las condiciones arquitectónicas del Centro no lo permitan, en

cuyo caso lo realizarán los internos auxiliares del exterior, bajo control de los funcionarios designados al efecto.

Los equipajes, debidamente relacionados, se entregarán en los Centros de origen a la Fuerza conductora quien deberá prestar su conformidad (ANEXO VII).

La entrega en los Centros de tránsito y destino será recepcionada por el Funcionario designado al efecto, sin perjuicio de la supervisión y control del Jefe de Servicios o Subdirector de Seguridad.

A los internos se les entregará el recibo correspondiente, que deberán mostrarlo y entregarlo a la recogida de sus correspondientes equipajes. Podrán los internos ser portadores de una bolsa con los útiles de aseo personal para que en su estancia en otro Centro en calidad de tránsito no necesite recurrir a su equipaje, excepto cuando los responsables de la conducción dispongan lo contrario por razones de seguridad.

**7.-** Los Expedientes con destino a un mismo Establecimiento irán en un solo paquete que se entregará al Jefe de la Escolta juntamente con las hojas de control (sanitario y de traslado), cuidando que éstas estén cumplimentadas en todos sus apartados, siendo entregados a la Fuerza conductora previa conformidad escrita de éstos, junto con el Protocolo de Observación y Tratamiento, Historial Médico e Historial Escolar del interno. Cada Expediente llevará su hoja de conducción, donde conste motivo, fecha de evento, Centro de destino, tipo de régimen aplicado al interno, etc. Así como otras observaciones que puedan ser de interés para la conducción por razones de seguridad y otras.

Los internos serán portadores del Documento de Identidad Interior, que podrá ser requerido por la Fuerzas de Seguridad del Estado para su identificación siempre que sea necesario.

**8.-** Cuando no se tenga conocimiento, con la antelación suficiente, de la realización de un traslado o éste deba realizarse por razones de urgencia y ello pueda motivar la no disponibilidad de tiempo para la preparación del Expediente personal del interno, se comunicará por escrito a la fuerza conductora, procediéndose a la entrega del resto de la documentación conforme a lo previsto en la norma 7.<sup>a</sup>. En este supuesto, y cuando el traslado se realice en autogobierno, el Centro de origen remitirá vía fax al de destino breve resumen de la situación penal, procesal y penitenciaria, así como la fecha y hora en que debe incorporarse al nuevo Establecimiento en el caso que se realice por medios propios. El Expediente personal del interno se remitirá lo más pronto posible por el medio más rápido y seguro.

**9.-** En los supuestos de traslados por medios propios (art. 37.1 del R.P.) es necesario que en las propuestas de clasificación, progresiones o revisiones de grado esté cumplimentado el apartado referido a la forma de conducción. En todo caso, si la resolución del Centro Directivo determinara el traslado con custodia, la Junta de Tratamiento, podrá acordar el traslado, en la forma antes citada, aprovechando una salida de fin de semana o permiso ordinario aprobado, debiendo incorporarse al Centro de destino a la finalización del mismo. Este acuerdo se comunicará lo antes posible al Servicio de Traslados, a fin de que valore las circunstancias que concurren en la orden del traslado y autorice, si procede, el desplazamiento sin custodia de las Fuerzas de Seguridad del Estado.

Cuando se trate de traslados aprovechando el disfrute de un permiso, su duración no podrá ser prolongada por el hecho de efectuar el traslado por sus propios medios.

En el caso de comparecencia ante Autoridad Judicial, se deberá remitir, además del acuerdo favorable de la Junta de Tratamiento, instancia del interno, tipo de procedi-

miento, en calidad de qué asiste, demandante, testigo o acusado, y, en este último caso, petición fiscal. Para la asistencia a juicio por medios propios, nunca deberá concederse más de 48 horas para los internos clasificados en 2.º grado ó 72 horas para los internos clasificados en 3.º grado, ajustándose, en todo caso, al tiempo estrictamente imprescindible.

Atendiendo al carácter de voluntariedad, como regla general, el desplazamiento por sus propios medios será a costa del interno, salvo que supuestos muy especiales hagan aconsejable que la Administración Penitenciaria proporcione el billete de transporte en medio público colectivo, sin que en ningún caso sean asumibles gastos de manutención o alojamiento.

De modificarse las circunstancias penales o penitenciarias del interno, de modo que imposibiliten o desaconsejen el traslado en las condiciones mencionadas, se comunicará al Servicio de Traslados a fin de ordenar el traslado en conducción regular ordinaria.

**10.-** Con carácter general, a todos los internos se les hará entrega de racionado en frío y una botella de agua mineral, cuando la llegada de la conducción al Centro de tránsito o destino esté prevista después de la hora de comida (13:30 h.).

**11.-** A todos los internos se les facilitará de su peculio personal una cantidad máxima equivalente al pago semanal, el resto de su peculio le será remitido al Centro de destino, de acuerdo con lo previsto en el art. 322 del R. P., en los dos días hábiles siguientes a la salida del interno.

Asimismo, de acuerdo con el art. 41.3 del Reglamento Penitenciario y la Instrucción sobre comunicaciones, a su llegada al Centro de destino, el interno podrá comunicar a su familia y Abogado su llegada al Centro. Si elige la comunicación telefónica, ésta deberá realizarse en el horario establecido al efecto.

**12.-** A los internos, en el momento de ser entregados a las Fuerzas de Seguridad del Estado para su extradición o expulsión del territorio nacional, se les entregará el total de su peculio, objetos y valores.

**13.-** Si existieran dudas sobre la identificación de algún interno conducido, tanto por los Establecimientos de origen y destino como tránsito, se establecerá la verdadera identidad mediante la comprobación de las reseñas dactiloscópicas, por Funcionarios de II.PP. y a requerimiento de la Fuerza conductora. En todo caso, y a tales efectos, deberá ser estampada la huella del pulgar derecho y la fotografía en la hoja de conducción por el Centro de origen.

**14.-** A la Fuerza conductora se la dotará de impresos autocopiativos de control en la conducción, de acuerdo con el modelo que se adjunta (ANEXO VIII), que una vez cumplimentados se entregarán al Jefe de Servicios de los Centros Penitenciarios de tránsito y destino.

**15.-** Con los impresos de control se elaborará un libro, mediante el archivo por orden de fecha y por Línea de Conducción, remitiendo copia de aquéllas que registren anotaciones de incidentes, acompañada del informe correspondiente del Jefe de la Fuerza conductora (ANEXO VIII BIS) e informe de valoración del Director del Centro, a la Dirección General de II.PP. que, a su vez, lo pondrá en conocimiento de la Dirección General de la Guardia Civil.

**16.-** Antes de la entrega de cualquier interno es obligatorio comprobar, en el sistema informático, que el mismo se encuentra autorizado. Solo existen dos circunstancias por las que el interno no conste en la "Agenda de Traslados que Salen" (SIP):

- Por haberlo gestionado la Inspección de Guardia (pendiente de regularizar en el SIP).
- Por no encontrarse dado de alta el interno en el SIP cuando se ordenó su traslado, (pendiente de ingresar en el Centro).

En estos casos se comunicará, inmediatamente, al Servicio de Traslados, vía telefónica, en horario laboral.

Cuando por la Comandancia de la Guardia Civil se notifique al Director del Establecimiento el traslado de uno o más internos y no conste la notificación de la Dirección General de II.PP., bastará para su entrega la consulta al sistema informático SIP, donde debe figurar el traslado, y recibir copia de la orden de conducción que posea la fuerza conductora, previa consulta telefónica con la Dirección General de II.PP.. De no poderse contactar, bastará con recibir copia de la orden de traslado de las Fuerzas de Seguridad del Estado, previa visualización de la orden en SIP; comunicándose posteriormente cuando sea posible.

**17.-** Asimismo, cuando por parte del Director se posea orden de traslado de algún interno y carezca de ella la Comandancia correspondiente, se requerirá del Jefe de la Fuerza conductora la realización del traslado y si existiera plaza libre en el autobús de la conducción y previa recepción de copia de la orden, podrá admitir al interno, previa solicitud telefónica a la Subdirección General de Operaciones de la Dirección General de la Guardia Civil.

**18.-** Los Centros utilizados como tránsito por las distintas Líneas Regulares de conducción dispondrán, siempre que sea posible, de un Departamento adecuado donde se garantice la separación de éstos con el resto de la población interna, según lo establecido en el art. 39.1 del Reglamento Penitenciario, en perfecto estado de higiene y limpieza permanente. A tales efectos, se asignarán internos auxiliares de limpieza fijos, quienes no deberán tener contacto con internos en tránsito, salvo que por razones de servicio, entrega de equipajes, compras en economato, etc., fuese necesario, en cuyo caso, se realizará en presencia de los Funcionarios.

Se habilitará una dependencia para el depósito provisional de los equipajes, dado que al interno sólo se le permitirá tener consigo los útiles de aseo.

En los supuestos que no existan tales departamentos, los Directores adoptarán las medidas oportunas que garanticen la total separación de los tránsitos con los demás internos.

**19.-** Con el fin de evitar la inasistencia de los internos cuando sean requeridos por la Autoridad Judicial, antes de llevarse a cabo la salida del Establecimiento Penitenciario por razones de permiso, salida programada, etc., deberá consultarse por medio del SIP para comprobar que el mismo no tiene orden de traslado pendiente de llevarse a efecto por razones judiciales, si así fuere, se pospondrá el permiso concedido o salida programada, salvo que pudiera solicitarse el traslado en base al art. 37.1 del R.P.

**20.-** En el supuesto de traslado a efectuar por vía aérea, con una previsión de más de una hora de duración, los Establecimientos Penitenciarios de origen, destino y tránsito, deberán adoptar las siguientes medidas, además de las descritas anteriormente:

- a) Durante el vuelo los internos serán acompañados por el Médico que se designe, quien deberá ser informado detalladamente de las medidas sanitarias adoptadas por los Servicios Médicos del Centro Penitenciario de origen. Asimismo, será acompañado por un Funcionario que controlará tanto los equipajes como la documentación y expedientes de los internos.
- b) El vuelo irá provisto de un botiquín de urgencia con los medicamentos que se prevean puedan utilizar los internos durante el traslado.
- c) Los Servicios Médicos del Centro de origen, conforme a las instrucciones dadas por la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria, tomarán las medidas oportunas antes del vuelo. El Médico que acompaña a los internos durante el transcurso del mismo adoptará las medidas que considere oportunas para prevenir cualquier incidencia que pueda producirse en lo referente a su competencia.
- d) En el caso de que algún interno se vea incapaz de contener la orina durante ese tiempo se podrán utilizar bolsas diseñadas para enfermos incontinentes.
- e) Por razones de seguridad aérea el peso máximo del equipaje por interno, no podrá superar los 20 Kg.
- f) En lo referente a la entrega de racionado en frío se estará a lo dispuesto en el apartado 10 de estas normas. Los internos no podrán hacer uso del mismo hasta su llegada al Centro de destino o tránsito, por razones operativas y seguridad del vuelo.
- g) Por parte de la Administración del Establecimiento Penitenciario de origen o destino se contratarán los servicios de transporte adecuados para el traslado de equipaje desde el Centro Penitenciario al aeropuerto o viceversa, siempre y cuando la Fuerza conductora no dispusiera de medios para ello, debiendo proporcionar al Coordinador de Seguridad de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias matrícula e identificación del conductor con la antelación suficiente.

**21.-** En aquellos casos que deban ser trasladados internos incluidos en FIES por razones judiciales o cualquier otra razón, se deberán cumplir las siguientes normas específicas, además de las que se observan a nivel general:

*1) Normas a tener en cuenta en las conducciones de internos incluidos en FIES (CD):*

- a) En la cubierta de los Expedientes personales deberá figurar informe exhaustivo relativo al régimen que se le está aplicando en el Centro de origen, régimen que se cumplirá en el Centro de destino.
- b) Previamente a la salida de la conducción se le practicará un minucioso cacheo, debiendo estar presente necesariamente el Jefe de Servicios. De igual forma se actuará con los ingresos.
- c) En la orden de entrega a los miembros de las Fuerzas de Seguridad encargados de la conducción, que será firmada por éstos, deberá figurar, de forma expresa, la extrema peligrosidad del interno y la posibilidad de que protagonice algún incidente durante la misma.
- d) Se comunicará, vía fax o telegráfica, a los Juzgados o Audiencias correspondientes, la posibilidad de que protagonice algún altercado en la Sala.

- e) Al ingreso se cuidará que ocupen una celda previamente cacheada.
- f) Cuando se produzca el traslado el Centro de origen comunicará telefónicamente al Centro de destino y a aquellos otros donde pernocte en calidad de tránsito, advirtiéndoles de la peligrosidad del interno en cuestión.
- g) Cuando, como consecuencia de los cacheos y registros practicados, se detectara que los internos pudieran ocultar en el interior de su cuerpo objetos prohibidos, se solicitará la colaboración de aquéllos para la expulsión e intervención de dicho objeto, en caso contrario, se procederá a la aplicación de lo previsto el art. 72 del Reglamento Penitenciario (esposas) comunicándolo al Juzgado de Vigilancia Penitenciaria o en su defecto al Juzgado de Guardia, solicitando autorización para proceder a una exploración radiológica.

2) *Normas a tener en cuenta en las conducciones de internos incluidos en FIES (NA), (BA) y (CE).*

Se comunicará en la orden de entrega a los miembros de las Fuerzas de Seguridad encargados de la conducción la pertenencia al grupo de que se trate, la potencial peligrosidad de los mismos, posibilidad de que protagonice algún incidente durante el traslado, su inclusión en el programa específico, así como cualquier otra circunstancia de características relevantes para la seguridad de la conducción.

**22.-** Por parte de los Directores de los Centros afectados se darán las correspondientes instrucciones, a fin de que los funcionarios implicados en las conducciones y traslados, conscientes de la trascendencia penitenciaria de este servicio, velen por el puntual cumplimiento de la presente Instrucción.

**23.-** Serán responsables directos de la aplicación y control de esta Instrucción, los Subdirectores de Régimen, en cuanto a la gestión burocrática y documental del traslado, y el Subdirector de Seguridad, en cuanto a la realización material en la salida y entrada.

## DISPOSICION DEROGATORIA

Queda derogada la Instrucción 23/96 sobre conducciones.

## DISPOSICIÓN FINAL

La presente Instrucción entrará en vigor al día siguiente de su recepción en los Centros Penitenciarios. De la misma se dará lectura en la primera sesión del Consejo de Dirección y de la Junta de Tratamiento, procediendo a su difusión en los términos establecidos en el art. 280.2.14ª del R.P.

Madrid, 23 de mayo de 2005

LA DIRECTORA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

Fdo. Mercedes Gallizo Llamas



**I 7/2005 P**

**Asunto:**

**MODIFICACIÓN PARCIAL INSTRUCCIÓN 10/98 DEL HORARIO DE MÉDICOS Y ATS QUE REALIZAN GUARDIAS DE PRESENCIA FÍSICA..**

Área de aplicación: Personal Funcionario Sanitario

**Descriptor: CALENDARIO LABORAL / JORNADAS Y HORARIOS**

La Directiva Europea 93/104/CE, de 23 de noviembre, establece en sus artículo 3 que todos los trabajadores deben disfrutar de un período mínimo de descanso de once horas consecutivas en el curso de cada período de veinticuatro horas y en su artículo 6. 2) que la duración de trabajo no exceda de cuarenta y ocho horas, incluidas las horas extraordinarias, por cada período de siete días.

La I 10/98, de 29 de junio, de la DGIIPP regula el horario del personal sanitario.

La Sentencia de 4 de julio de 2.002 de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Cantabria reconocía a las demandantes, funcionarias de Cuerpo Facultativo de Sanidad Penitenciaria, el derecho "a una jornada laboral no superior a cuarenta y ocho horas semanales de trabajo, incluido el tiempo de las guardias en régimen de presencia física, en cómputo máximo de doce meses". La Sentencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de 14 de mayo de 2.004, declara "no haber lugar al recurso de casación en interés de la Ley interpuesto por la ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO contra la sentencia de cuatro de julio de 2002, dictada por la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Cantabria".

Teniendo en cuenta lo expuesto es procedente modificar el Apartado Cuarto -Jornada y Horario específico del personal del área sanitaria-, en su número 2, de la Instrucción 10/98, de 29 de junio, de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, declarado expresamente en vigor por la Resolución de 8 de mayo de 2.003, con objeto de que el personal sanitario que viene obligado a realizar guardias de presencia física como horario complementario de la jornada de trabajo no supere el límite de cuarenta y ocho horas semanales, incluidas las guardias, en cómputo máximo de doce meses.

"Asimismo, este personal vendrá obligado a realizar un sistema de guardias, entendidas como horario complementario de la jornada de trabajo, adecuado a las siguientes modalidades:

- a) Presencia física: En aquellos Centros que exista la implantación de esta modalidad, el turno de guardia se realizará de lunes a viernes, iniciándose a partir de las veintidós horas y concluyendo a las ocho horas del día siguiente.

Los sábados, domingos y festivos la guardia durará veinticuatro horas continuadas comenzando a partir de las ocho horas.

El personal que realice la guardia de lunes a jueves librará el mismo día que la concluye siempre que éste sea laborable.

El personal que realice la guardia en domingo o en día festivo librará el mismo día que la concluye siempre que éste sea laborable."

La presente Instrucción entrará en vigor el 1 de junio de 2005.

Madrid, 23 de mayo de 2005

LA DIRECTORA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

Fdo. Mercedes Gallizo Llamas

**I 8/2005 P**

**Asunto: MODIFICACIÓN DE LA I 6/2003 QUE REGULA EL CALENDARIO LABORAL Y HORARIO DE LOS SERVICIOS CENTRALES DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS Y DEL ORGANISMO AUTÓNOMO TRABAJO PENITENCIARIO Y FORMACIÓN PARA EL EMPLEO Y DE LA I 7/2003 POR LA QUE SE DICTAN INSTRUCCIONES SOBRE JORNADA Y HORARIOS DE TRABAJO DEL PERSONAL FUNCIONARIO DESTINADO EN LOS SERVICIOS PERIFÉRICOS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS Y DEL ORGANISMO AUTÓNOMO TRABAJO PENITENCIARIO Y FORMACIÓN PARA EL EMPLEO.**

Área de aplicación: Personal Funcionario y Laboral destinado en los Servicios Centrales y Personal Funcionario destinado en los Servicios Periféricos.

**Descriptor: CALENDARIO LABORAL/JORNADAS Y HORARIOS**

Por ORDEN APU/1818/2005, de 15 de junio (BOE del 16), se introducen mejoras en las condiciones de jornada y horarios de trabajo del personal civil al servicio de la Administración General del Estado, dirigidas a "ampliar las facilidades de conciliación de la vida familiar y laboral de los empleados públicos", "tras haberlas acordado con las organizaciones sindicales firmantes del Foro para el Diálogo Social en las Administraciones Públicas".

Considerando beneficiosas para los empleados públicos del ámbito penitenciario las medidas que contiene, es necesario, para su aplicación, ejercer la facultad de autorización contenida en su disposición primera. Para ello, debe procederse a la modificación de la I 6/2003 de fecha 8 de mayo de 2003, que regula el calendario laboral y horario de los servicios centrales de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias y del Organismo Autónomo Trabajo Penitenciario y Formación para el Empleo y de la I 7/2003, por la que se dictan instrucciones sobre jornada y horarios de trabajo del personal funcionario destinado en los servicios periféricos de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias y del Organismo Autónomo Trabajo Penitenciario y Formación para el Empleo.

En virtud de lo expuesto, esta Dirección General ha resuelto:

**Modificar la citada I 6/2003 en los siguientes términos:**

Primero: Modificar el apartado PRIMERO.- AMBITO DE APLICACIÓN Y NORMAS GENERALES en su punto 3.- cuya nueva redacción sería: "En lo no contemplado en esta Instrucción se estará a lo dispuesto en la Resolución de 10 de marzo de 2003, de la Secretaría de Estado para la Administración Pública, por la que se dictan instrucciones sobre jornadas y horarios de trabajo del personal civil al servicio de la Administración General del Estado y a lo dispuesto en la ORDEN APU/1818/2005, de 15 de junio, por la que se introducen mejoras en las condiciones de jornada y horarios de trabajo del personal civil al servicio de la Administración General del Estado.

Segundo: Modificar el apartado SÉPTIMO.- JORNADA DE VERANO en su párrafo primero cuya nueva redacción sería: "Durante el periodo comprendido entre el 16 de junio y el 15 de septiembre de cada año se podrá realizar una jornada intensiva de trabajo, que podrá ser la siguiente": (el resto del apartado queda igual).

Tercero: Durante el año 2005, la jornada intensiva de verano podrá iniciarse el 20 de junio y finalizar el 16 de septiembre, ambos inclusive.

**Modificar la citada I 7/2003 en los siguientes términos:**

Primero: Modificar el apartado SÉPTIMO. JORNADA DE VERANO en su punto 7.1.- cuya nueva redacción sería: "Durante el periodo comprendido entre el 16 de junio y el 15 de septiembre de cada año se podrá establecer una jornada intensiva de trabajo de la siguiente forma: "(el resto del apartado queda igual).

Segundo: Durante el año 2005, la jornada intensiva de verano podrá iniciarse el 20 de junio y finalizar el 16 de septiembre, ambos inclusive.

Tercero: Modificar el apartado UNDÉCIMO. VACACIONES, PERMISOS Y LICENCIAS EN SU PUNTO 11.3.- cuya redacción sería: "A lo largo del año, los funcionarios tendrán derecho a disfrutar hasta seis días de permiso por asuntos particulares, debiéndose añadir dos días más cuando los días 24 y 31 de diciembre coincidan en festivo, sábado o día no laborable, sin perjuicio de la concesión de los restantes permisos y licencias establecidos en la normativa vigente". (el resto del apartado queda igual).

Madrid, 20 de junio de 2005

LA DIRECTORA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS  
Y PRESIDENTA DEL ORGANISMO AUTÓNOMO  
TRABAJO PENITENCIARIO Y FORMACIÓN PARA EL EMPLEO

Fdo. Mercedes Gallizo Llamas

I 9/2005 S

**ASUNTO:**

**INSTRUCCIÓN QUE REGULA LA ACEPTACIÓN DE DONACIONES DE BIENES MUEBLES A FAVOR DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS Y LA VENTA Y/O DONACIÓN DE BIENES MUEBLES OBSOLETOS O DETERIORADOS.**

Área de aplicación: Subdirección General de Servicios Penitenciarios. Equipamiento.

**Descriptor: Venta y/o donación de bienes muebles.**

**I.- INTRODUCCIÓN**

El transcurso del tiempo y el uso continuado e intensivo, provocan la existencia de bienes muebles inservibles para el destino que fueron adquiridos. Por otra parte, la construcción de nuevos Establecimientos Penitenciarios supone, en la mayoría de los casos, el cierre de los viejos inmuebles y el desalojo de los mismos del mobiliario y enseres, bienes que, en la mayoría de los casos, por su obsolescencia o deterioro, no serán de interés para esta Institución.

La enajenación de estos bienes se presenta como el lógico trámite para evitar la acumulación de desechos o el amontonamiento de enseres que no es posible destinar a ningún otro Centro Penitenciario. No obstante lo anterior, con el fin de apoyar y potenciar la participación de personas, entidades o instituciones en la protección, el desarrollo y el estímulo de actividades de interés general en las diversas manifestaciones que éstas pueden revestir, desde lo puramente benéfico y asistencial, hasta lo cultural y artístico, la donación por la Administración de aquellos, se vislumbra como positiva.

Del mismo modo, existen diversas instituciones privadas o públicas y entidades de ámbito diverso, e incluso particulares de "*motu proprio*", que en una encomiable labor de colaboración con esta Institución, realizan todo tipo de aportaciones gratuitas y a las que hay que dar una regulación específica y dinámica, que agilice los trámites a seguir hasta su aceptación.

Hasta el momento, estas actuaciones venían reguladas por la Instrucción 12/94 de Venta de chatarra y la Instrucción 13/94 de donaciones de bienes inventariables a Centros Penitenciarios, las cuales, tanto por la complejidad y antigüedad de las mismas, como por las sucesivas modificaciones normativas que las afectan (Real Decreto 190/1996, de 9 febrero, de Reglamento Penitenciario, Real Decreto Legislativo 2/2000, de 16 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, Ley 33/2003, de 3 de noviembre, del Patrimonio de las Administraciones Públicas, Real Decreto 1599/2004, de 2 de julio, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio del Interior, Orden Int/985/2005, de 7 de abril, por la que se delegan determinadas atribuciones y se aprueban las delegaciones efectuadas por otras autoridades), hace totalmente necesario la actualización de éstas.

**II.- DISPOSICIÓN PRELIMINAR**

- El ámbito de aplicación de esta Instrucción será dividida en dos grandes apartados:

- 1.- Aceptación de donaciones de bienes muebles (se regulará todo el procedimiento a seguir en caso de un persona privada o Institución pública haga una oferta de donación de bienes muebles a Instituciones Penitenciarias).
  - 2.- Venta y/o donación de bienes obsoletos, deteriorados o inservibles (se regulará todo el procedimiento a seguir en caso de que Instituciones Penitenciarias quiera enajenar o donar bienes muebles obsoletos, deteriorados o inservibles a particulares o Instituciones públicas).
- En toda la tramitación del procedimiento, se seguirá un criterio que permita compatibilizar las ventajas que para Instituciones Penitenciarias suponga, tanto la aceptación de bienes muebles, como la venta y/o donación de los mismos.
  - Igualmente se regirá por el principio de transparencia en la actuación que ha de presidir el comportamiento del sector público. Así, se cuidará de no aceptar donaciones, y/o vender bienes a personas o instituciones, cuya actividad o cometido pudiera dañar la imagen de las instituciones penitenciarias, o esté incurso en cualquier prohibición de contratar según el artículo 20 del Real Decreto Legislativo 2/2000, de 16 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas. Igualmente, no procederá aceptar donaciones de cualquier persona física o jurídica que mantenga, cualquier tipo de relación mercantil con la Dirección General de Instituciones Penitenciarias.
  - Todos los bienes recibidos en concepto de donación, estarán sometidos en su gestión, mantenimiento o administración, a los principios y normas generales del ordenamiento vigente. Por la misma razón, se les exigirán idénticos controles y garantías de seguridad que a aquellos adquiridos con los presupuestos públicos, debiendo cumplir en cada caso concreto, la normativa específica del sector que le regule.

### III.- ACEPTACIÓN DE DONACIONES BIENES MUEBLES A FAVOR DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

#### A.- Cuestiones previas

##### 1.- Competencia

La autorización de aceptación de donaciones de bienes muebles, será emitida por el Subdirector General de Servicios, según lo establecido en el artículo 21 de la Ley 33/2003, de 3 de noviembre, del Patrimonio de las Administraciones Públicas y en la Orden INT/985/2005, de 7 de abril, por la que se delegan determinadas atribuciones y se aprueban las delegaciones efectuadas por otras autoridades, no pudiéndose hacer, hasta ese momento, uso de los bienes objeto de la donación.

##### 2.- Objeto

Se podrá aceptar la donación de cualquier bien mueble, que se encuentre dentro del libre comercio, y que según se ha establecido anteriormente, cumpla toda la normativa específica de la materia que le regule. Así, podrán tratarse de bienes muebles inventariables o no inventariables, realizándose la tramitación del procedimiento según lo establecido en los apartados oportunos.

### 3.- Forma

- Según lo establecido en el art. 632 del Código Civil, las donaciones de cosa mueble deberán constar por escrito en documento privado, en cuanto a su oferta y aceptación.
- La iniciativa para la donación ha de partir del donante.
- La donación se efectuará a favor del Estado, con destino a la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, aún en el caso de que el donante manifestase su voluntad de que se destine preferentemente al uso de un Centro Penitenciario.
- Si la oferta de donación se canaliza a través de un Centro, la Junta Económico-Administrativa, deberá informar de la procedencia o no de la aceptación de la donación.
- Los bienes objeto de donación han de estar libres de cargas. Si llevaran aparejados gastos o estuvieran sometidos a condición o modo oneroso, sólo se aceptarían, si el valor del gravamen impuesto no excede de lo que se adquiere, según tasación pericial. Esta circunstancia será reflejada en el acuerdo de la Junta Económico-Administrativa.
- Los bienes deberán continuar en poder del donante hasta que se reciba en el Centro el acuerdo de aceptación de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias (Subdirección General de Servicios). Si excepcionalmente, un donante depositara bienes en un Centro sin seguir este procedimiento, se le entregará un recibo de los mismos y se considerarán en depósito, a cuenta y riesgo del depositante, quien asumirá todos los gastos que pudieran ocasionar la conservación de los bienes depositados, mientras se produce su aceptación.

### **B.- Procedimiento**

#### Oferta de donación al Centro

- La oferta de donación se materializará por parte de la persona o Institución propietaria del bien a donar, a través del DOCUMENTO NORMALIZADO PARA DONACIONES (MODELO 1) que se adjunta.
- Esta oferta de donación, si se realiza a través de un Centro, deberá ser informada por el Administrador del mismo, según el (MODELO 2).
- La oferta de donación, junto con el informe del Administrador, serán elevados a la Junta Económico-Administrativa, la cual adoptará un acuerdo donde haga constar los beneficios reales que implicaría dicha donación para el Centro Penitenciario, así como cualquier tipo de gravamen, condición o modo al que esté sujeta la donación. El acuerdo de la Junta Económico-Administrativa quedará acreditado por la correspondiente Acta (MODELO 3).

#### Tramitación en los Servicios Centrales

- Tanto el acuerdo, como la propuesta de donación (MODELOS 1,2,3), serán remitidos a la Dirección General de Instituciones Penitenciarias (Subdirección General de Servicios - Servicio de Equipamiento).

- Una vez recibidos éstos, se estudiará por parte de estos Servicios Centrales, la procedencia de autorizar la aceptación de la donación, remitiéndose al Centro escrito formalizado (MODELO 4) con la autorización o denegación de ésta.

### Aceptación de la donación

- Cuando se reciba en el Centro el acuerdo de aceptación, el Director del mismo se hará cargo de los bienes y suscribirá con el donante un Acta de entrega y recepción de los mismos. (MODELO 5).

Sólo en el caso de que se hayan cumplido todos los apartados anteriores, la donación se considerará legalmente autorizada, pudiéndose, a partir de ese momento, destinar los bienes al uso que estimen oportuno.

- Finalizado el proceso anterior, se procederá a dar de alta en el inventario del Centro, los bienes objeto de la donación. De esta circunstancia se dará conocimiento al Subdirector General de Servicios, para su comprobación posterior por parte de estos Servicios Centrales.
- En los supuestos en que las donaciones impliquen, a criterio de la Subdirección General de Servicios, costes o perjuicios posteriores, la autorización podrá ser denegada directamente. En dicho caso, el Director del centro, recibirá la correspondiente resolución denegatoria (MODELO 4) y devolverá los bienes en cuestión a su propietario inicial, en el caso de que se encontraran ya depositados en el centro, siendo los gastos a costa del donante.

### Bienes muebles no inventariables

Se podrán aceptar todos los bienes que se consideren beneficiosos para el desempeño de la actividad de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias. El procedimiento a seguir en este caso se limitará, simplemente, a la oferta por escrito del donante, adaptando el mismo a las peculiaridades del bien (MODELO 1), y al acuerdo de la Junta Económico-Administrativa (MODELO 3).

Estos dos escritos, se remitirán a la Subdirección General de Servicios, que decidirá la conveniencia de la aceptación, notificándose al Centro (MODELO 4). Una vez recibida ésta, se procederá por parte del Director a hacerse cargo de los bienes, formalizándose la correspondiente acta de recepción y entrega (MODELO 5).

## IV.- VENTA Y/O DONACIÓN DE BIENES MUEBLES OBSOLETOS, DETE- RIORADOS O INSERVIBLES

### A.- Cuestiones previas

#### 1.- Competencia

Según lo establecido en el artículo 21 de la Ley 33/2003, de 3 de noviembre, del Patrimonio de las Administraciones Públicas y en la Orden INT/985/2005, de 7 de abril, por la que se dele-

gan determinadas atribuciones y se aprueban las delegaciones efectuadas por otras autoridades, la competencia para enajenar los bienes muebles afectados a la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, corresponde al Subdirector General de Servicios Penitenciarios.

## 2.- Objeto

Podrán ser bienes objeto de enajenación, el mobiliario, maquinaria, utensilios o efectos adquiridos con cargo a los Presupuestos Generales del Estado, o bienes adquiridos a título gratuito (donaciones), mediante el procedimiento establecido, que se hayan quedado obsoletos o resulten inservibles para el uso y que no sean susceptibles de reparación, o que ésta no compense a la Administración Penitenciaria, teniendo en cuenta el coste de la misma y el valor venal del bien.

## 3.- Forma

- El procedimiento general aplicable en principio a todos los bienes, salvo que resulte procedente otro, será la enajenación, que tendrá lugar mediante subasta pública por bienes individualizados o por lotes.
- El acuerdo de enajenación implicará la desafectación de los bienes y su baja en inventario.
- Podrá efectuarse adjudicación de forma directa, cuando se trate de bienes obsoletos, percederos o deteriorados (no alcancen el 25 por ciento del valor de adquisición), o cuando concurra alguna de las circunstancias previstas en el art. 137.4 de la Ley 33/2003, de 3 de noviembre, del Patrimonio de las Administraciones Públicas, que literalmente dice:

"Se podrá acordar la adjudicación directa en los siguientes supuestos:

- a.- Cuando el adquirente sea otra Administración pública o, en general, cualquier persona jurídica de derecho público o privado perteneciente al sector público. A estos efectos, se entenderá por persona jurídica de derecho privado perteneciente al sector público la sociedad mercantil en cuyo capital sea mayoritaria la participación directa o indirecta de una o varias Administraciones públicas o personas jurídicas de Derecho público.
- b.- Cuando el adquirente sea una entidad sin ánimo de lucro, declarada de utilidad pública, o una iglesia, confesión o comunidad religiosa legalmente reconocida.

...//...

- d.- Cuando fuera declarada desierta la subasta o concurso promovidos para la enajenación o éstos resultasen fallidos como consecuencia del incumplimiento de sus obligaciones por parte del adjudicatario, siempre que no hubiese transcurrido más de un año desde la celebración de los mismos. En este caso, las condiciones de la enajenación no podrán ser inferiores de las anunciadas previamente o de aquellas en que se hubiese producido la adjudicación.

...//...



- h.- Cuando la venta se efectúe a favor de quien ostente un derecho de adquisición preferente reconocido por disposición legal.
- Cuando no hubiera sido posible vender o entregar los bienes como parte del precio de otra adquisición, o cuando se considere de forma razonada que no alcancen el 25 por ciento del valor que tuvieron en el momento de su adquisición, podrá acordarse la cesión gratuita a otras Administraciones públicas o a organismos o instituciones públicas o privadas sin ánimo de lucro.
- Si no fuese posible, o no procediese su venta o cesión gratuita, podrá acordarse la destrucción, inutilización o abandono de los bienes.
- En cualquier caso, la actuación de la Administración se ajustará a los principios de transparencia y publicidad.

## **B.- Procedimiento**

Salvo casos excepcionales, tales como motín, incendio, inundación, etc., en el que se haya producido una inutilización masiva de bienes, se procurará concentrar estas actuaciones una vez al año, preferentemente en el último trimestre.

### **Iniciación**

El Centro Penitenciario identificará y relacionará los bienes que se encuentren en esta situación, cumplimentando el MODELO 6 que, previa tasación, será sometida a la firma del Administrador y al V.º B.º del Director del Establecimiento, para su conformidad si procede.

De ser favorable la propuesta de venta de bienes, se elevará a la Junta Económico-Administrativa, quien adoptará el correspondiente acuerdo, según el MODELO 7.

### **Tramitación en Servicios Centrales**

Se remitirá a la Subdirección General de Servicios (Servicio de Equipamiento), la propuesta de enajenación (MODELOS 6 Y 7).

Recibida la propuesta de enajenación, se procederá por la Subdirección General de Servicios a realizar el Acuerdo de venta, que llevará incorporada la orden de baja en inventario de los bienes, previa petición de los informes que estime oportuno.

Este Acuerdo facultará a la Junta Económico-Administrativa para actuar como Mesa de Contratación, o en caso que el montante total de los bienes no supere los 3.005 €, y así se estime oportuno, a promover las actuaciones necesarias para llevar a cabo una adjudicación directa de los mismos, (MODELO 8).

### **Formalización de la venta**

Una vez recibido en el Centro Penitenciario el Acuerdo de la Subdirección General de Servicios (MODELO 8), se procederá de la siguiente forma, según las directrices del mismo:

## 1.- Adjudicación directa

Siempre que el valor de los bienes obsoletos o deteriorados por el uso, en el momento de su tasación para venta sea inferior al 25 por ciento del de adquisición y el montante total de éstos no supere los 3.005 €, se podrá autorizar, por parte de la Subdirección General de Servicios, la adjudicación directa de los mismos.

Para proceder a la enajenación directa, deberán ser consultados por la Dirección del Centro Penitenciario, como mínimo, tres posibles compradores, adjudicándose a la oferta más ventajosa para la administración y siempre que el adjudicatario no se encuentre incurso en prohibición de contratar con la Administración del Estado, según previene el art. 20 del Real Decreto Legislativo 2/2000, de 16 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas.

Una vez encontrados tres posibles adjudicatarios, se procederá por la Dirección del Centro, a remitir a la Subdirección General de Servicios, relación de los mismos y oferta de compra de cada uno de ellos (MODELO 9), priorizando cada una de las ofertas presentadas. En este mismo escrito se hará constancia de cualquier otra circunstancia de la oferta de compra y que haya de tenerse en cuenta para la adjudicación de los bienes.

Igualmente, si alguno de los posibles adjudicatarios fuese una Administración Pública, organismo o institución pública o privada sin ánimo de lucro, se hará constar en el MODELO 9, en el que se indicará a que se dedica la institución, a que se van a dedicar los bienes y cualquier otra circunstancia que sirva para valorar por parte de estos Servicios Centrales una posible cesión gratuita de los bienes a ésta.

Una vez recibido en la Subdirección General de Servicios, la propuesta de adjudicación remitida por el Centro (MODELO 9), se procederá a valorar las diferentes ofertas, adjudicándose a la más favorable para los intereses de la Institución, formalizándose en la Resolución de venta o Resolución de cesión gratuita correspondiente (MODELO 10).

Esta Resolución, firmada por el Subdirector de Servicios Penitenciarios, será remitida al Centro Penitenciario. Una vez recibida ésta, se procederá a la entrega y retirada de los bienes (previo pago de los mismos si no se trata de una cesión gratuita), emitiéndose la correspondiente Acta de entrega y recepción (MODELO 11).

El producto de la venta se ingresará en el Tesoro Público, a los efectos de generación de crédito, en el Presupuesto de gastos del ejercicio corriente de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

El proceso finalizará con la baja en inventario de los bienes.

Una vez concluido el procedimiento, el Centro Penitenciario remitirá los siguientes documentos a la Subdirección General de Servicios Penitenciarios:

- Copia de la Resolución de venta o Resolución de cesión gratuita correspondiente (MODELO 10).
- Acta de entrega y recepción del material (MODELO 11)
- Copia de la baja en inventario.
- Copia del documento de ingreso en la Tesorería de Hacienda.

## 2.- Subasta pública

Siempre que el valor total de los bienes obsoletos o deteriorados por el uso, sea superior a 3.005 €, los bienes serán enajenados por procedimiento de subasta pública.

Recibido en el Centro Penitenciario el Acuerdo de Venta (MODELO 8), será incluido en la siguiente reunión de la Junta Económico-Administrativa, que actuará como Mesa de Contratación. En la composición de la Mesa de Contratación deberá figurar un Abogado del Estado del Servicio Jurídico adscrito a la Delegación o Subdelegación del Gobierno en la provincia y un miembro de la Intervención.

Con carácter general, se procederá a publicar el acuerdo de venta, por un solo día y gastos a cargo del adjudicatario, en el tablón de anuncios del Establecimiento Penitenciario, en dos periódicos de ámbito local o provincial (en caso de no existir prensa local) y en el Boletín Oficial de la Provincia (MODELO 12), que deberá contener:

- Titularidad de los bienes.
- Tipo de bienes y características, con indicación de unidades y/o peso de los mismos, en función de que la venta se realice por número de unidades o por peso.
- Forma y plazo en que los interesados han de presentar sus ofertas.
- Requisitos de los interesados (capacidad general para contratar, la especial para celebrar contratos de compra-venta y no estar incurso en alguna de las causas que se relacionan en el art. 20 del Real Decreto Legislativo 2/2000, de 16 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas.
- Lugar, día y hora de apertura, en acto público, de las ofertas concurrentes.
- Precio base inicial.
- Consignación del 20% del tipo, por los concurrentes, en la Caja General de Depósitos.
- Fecha límite en que el adjudicatario debe retirar los bienes (los gastos derivados de la retirada serán a cargo del mismo).
- Forma de pago: mediante talón bancario conformado, a nombre del Tesoro Público, con entrega en el momento de la retirada de los bienes.
- Fecha y lugar de la segunda subasta, para el caso de quedar fallida la primera y no se opte por la adjudicación directa.

Recibidas las ofertas, en sobre cerrado, se realizará el acto de apertura de las mismas, adjudicándose al comprador que ofrezca un mayor precio total, por unidad o por Kg. de peso, según el sistema utilizado, levantándose el correspondiente acta.

En caso de que no se hubieran recibido ofertas de compra, se señalará esta circunstancia en el correspondiente acta de la Junta Económico-Administrativa, y se procederá a seguir los trámites que se señalan en el apartado de Adjudicación directa.

Comunicada oficialmente la adjudicación a la empresa seleccionada (junto con los gastos de publicación del anuncio de subasta), se suscribirá por duplicado, el contrato de compra-venta (MODELO 13), que deberán ser remitidos para su firma a la Subdirección General de Servicios. Una vez revisados y firmados, serán nuevamente enviados al Centro Penitenciario, para su entrega al adjudicatario y archivo respectivamente, procediéndose

a la entrega y retirada de los bienes y al pago por el comprador del importe del mismo, suscribiéndose la correspondiente Acta de entrega y recepción, (MODELO 14), siendo por cuenta del adjudicatario los gastos de retirada de los bienes.

El producto de la venta se ingresará por el Administrador del Centro, en el Tesoro Público, a los efectos de generación de crédito, en el Presupuesto de gastos del ejercicio corriente de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

El proceso finalizará con la baja en inventario de los bienes.

Una vez concluido el procedimiento, el Centro Penitenciario remitirá los siguientes documentos a la Subdirección General de Servicios Penitenciarios:

- Acta de contratación de la Junta Económico-Administrativa.
- Copia del contrato de venta (MODELO 13).
- Copia de la baja en inventario.
- Acta de entrega y recepción del material (MODELO 14).
- Copia del documento de ingreso en la Tesorería de Hacienda.

## V.- INFORME PREVIO Y DEROGACION NORMATIVA

La presente Instrucción ha sido informada favorablemente por la Abogacía del Estado.

Quedan derogadas cualquier disposición de igual o inferior rango que se opongan al contenido de la presente, expresamente la Instrucción 12/94 de venta de chatarra y la 13/94 de donaciones de bienes inventariables a Centros Penitenciarios.

## VI.- VIGENCIA

La presente Instrucción entrará en vigor al día siguiente de haber sido suscrita por el titular de este Centro Directivo.

Madrid, 6 de julio de 2005

LA DIRECTORA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

Fdo. Mercedes Gallizo Llamas

I 10/2005 SP

**Asunto:**

**ACCIDENTES LABORALES DE LOS INTERNOS**

Área de Aplicación: Centros Penitenciarios

**Descriptor: SANIDAD/TRABAJO PRODUCTIVO/ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES**

El Real Decreto de 782/2001, de 6 de julio, establece el modelo de protección de Seguridad Social de los internos que trabajen en talleres penitenciarios, incluyéndolos dentro del Régimen General de la Seguridad Social. Asimismo dispone que la actividad desarrollada en los talleres penitenciarios esté sometida a la normativa correspondiente en materia de prevención de riesgos laborales.

En relación con la protección de las contingencias de accidente de trabajo y enfermedad profesional de estos trabajadores, y de acuerdo con lo previsto en el artículo 67 y siguientes del Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Seguridad Social, la Administración Penitenciaria ha optado por volver a gestionar éste directamente con la Administración de la Seguridad Social, en vez de hacerlo a través de una Mutua de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

En este sentido, en los casos de accidente de trabajo o enfermedad profesional el procedimiento a seguir será el siguiente:

- Los servicios médicos del Centro Penitenciario atenderán la urgencia sobrevenida, indicando si procede la derivación al hospital de referencia. El médico interviniente cumplimentará un parte oficial por lesiones que entregará al director.
- El director comunicará el hecho al Área de Administración del Organismo Autónomo Trabajo Penitenciario y Formación para el Empleo.
- Los médicos de Instituciones Penitenciarias no cumplimentarán en ningún caso los partes oficiales de baja, continuidad o alta.

Madrid, 12 de julio de 2005

LA DIRECTORA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS  
Y PRESIDENTA DEL O.A.T.P.F.E.

Fdo. Mercedes Gallizo Llamas

**I 11/2005 SP**

**ASUNTO:**

**TRABAJOS, ESTUDIOS E INVESTIGACIONES EN EL MEDIO PENITENCIARIO.**

Área de Aplicación: Centros Penitenciarios/Servicios Centrales

**Descriptor: INVESTIGACIÓN EN EL MEDIO PENITENCIARIO**

Habiendo transcurrido seis años desde la aprobación de la circular 07/99 "Trabajos, estudios e investigaciones en el medio penitenciario", se ha estimado pertinente llevar a cabo una modificación parcial.

Por ello, el texto de la misma queda como sigue:

La singularidad de la relación entre la Administración Penitenciaria y las personas puestas bajo su tutela requiere extremar el cuidado en el tratamiento de los datos individuales. Por las mismas razones, y por el riesgo de estigmatización de las personas que en algún momento de su vida han de cumplir una pena de prisión, los datos globales relativos a la población penitenciaria han de ser tratados igualmente con el mismo cuidado.

Por otro lado, las características de la atención sanitaria en el medio penitenciario, que debe conjugar el derecho a la salud de los internos con la vinculación que estos tienen con la Administración, precisa también un particular esmero a la hora de afrontar los aspectos que trascienden de los meramente asistenciales. Es éste el caso de la actividad investigadora que, no obstante, toda Institución Pública debe amparar y estimular. En el caso de nuestra Institución, las necesarias cautelas no deben hurtar a los internos -y así lo reconoce el Reglamento Penitenciario- eventuales beneficios derivados de nuevas investigaciones, que pueden estar ya a disposición de la población general. No obstante, y también en este sentido, el mismo Reglamento que prevé estos principios contempla también los de la libertad de decisión de los interesados y el respeto a la confidencialidad de los datos médicos individuales, derechos que han sido reforzados con la promulgación de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos, y en la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

En los Centros Penitenciarios, los estudios para cuya realización se solicita autorización interesan a distintas disciplinas, predominando los médico-sanitarios, y los solicitantes son tanto personal propio como otras personas o instituciones. Algunos de estos trabajos son revisiones basadas en la documentación existente en los establecimientos (historias clínicas, expedientes regimentales o de tratamiento u otra), y en otras ocasiones lo que se plantea es la realización de estudios de investigación para los que es indispensable contar con la participación de los internos. En el campo estrictamente médico, puede ser requerida la colaboración del personal de la Institución en un ensayo clínico, supuesto en el que necesariamente el consentimiento informado de los enfermos implicados no debe dejar lugar a dudas.

Por todo lo anterior, las normas que han de regir las solicitudes de autorización para llevar a cabo trabajos, estudios o investigaciones en el medio penitenciario serán las siguientes:

- 1- Se consideran datos especialmente protegidos:
  - Los contenidos en los expedientes regimentales y de tratamiento.
  - Los contenidos en las Historias clínicas y resto de la documentación sanitaria.
  - Cualquier información contenida en soporte informático, y en particular las distintas bases de datos, quedando sujetas éstas, además, a lo estipulado en la Ley 15/99, de Protección de Datos y normativa complementaria.
- 2- Cualquier estudio o trabajo de investigación en un centro penitenciario que precise la utilización de datos individuales o colectivos de la población reclusa deberá ser conocido y autorizado antes de su inicio por el Centro Directivo, a través de la Unidad de Apoyo de esta Dirección General.

- 3- Los trabajos o estudios de cualquier tipo en los que sea necesaria la participación directa de internos, además de contar con la autorización previa de la Dirección General, deberán contar con el consentimiento expreso de los interesados, sin el cual no podrán llevarse a cabo.
- 4- La participación de internos en ensayos clínicos se ajustará a lo dispuesto en el Art. 211 del Reglamento Penitenciario y a cualquier normativa aplicable de rango superior. En este sentido, esta Dirección General podrá determinar, en su caso, si es necesario el concurso de la comisión de ética específica que contempla dicho artículo o si, cuando una institución sanitaria pública dé cobertura técnica al ensayo, ésta garantiza de modo suficiente los derechos reconocidos a los internos.
- 5- Los datos individuales o globales que se manejen en función del propio trabajo no podrán ser facilitados a terceras personas o Instituciones sin la autorización de la Dirección General.
- 6- Antes de conceder la autorización, El Centro Directivo podrá recabar en su caso la información complementaria que estime necesaria.
- 7- Todo trabajo, estudio o investigación deberá ajustarse a lo dispuesto en la Ley 15/99, los artículos 6, 7, 8, 211 y 215 del Reglamento Penitenciario y demás normativa aplicable.
- 8- La Dirección General podrá requerir copia de los trabajos publicados o referencia de la publicación para su fondo bibliográfico.
- 9- Las solicitudes podrán ser realizadas en el impreso que se incluye como Anexo en la presente instrucción. En cualquier caso, el solicitante deberá hacer constar brevemente los siguientes puntos:
  - Nombre y DNI del Director o responsable del estudio o proyecto
  - Título del proyecto, objetivos y resumen de la metodología prevista.
  - Identificación del comité de ética que supervisará el proyecto (Si éste fuese necesario).

- A este respecto, los estudios de tipo retrospectivo con datos históricos no lo precisan. Los estudios médicos experimentales prospectivos pueden hacer necesario el concurso de un comité de ética en función del estudio de que se trate, de acuerdo con el artículo 59 de la Ley 25/1990 del Medicamento.

  - Compromiso escrito del responsable de proyecto en el sentido de asegurar el cumplimiento de la legislación vigente en materia de confidencialidad de los datos individuales y consentimiento informado, así como de la normativa derivada de la legislación penitenciaria e instrucciones de la Dirección General.
  - Identificación de todos los Centros Penitenciarios implicados en el estudio.
- 10- Las solicitudes se dirigirán a la Unidad de Apoyo de la Dirección General, quien contestará en un plazo no superior a treinta días naturales contados a partir del día siguiente al de la fecha del registro de entrada en la sede central de la misma. Pasado dicho plazo, si no hubiere respuesta, se entenderá que el permiso ha sido concedido.

Madrid, 22 de julio de 2005

LA DIRECTORA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

Fdo. Mercedes Gallizo Llamas

**I 13 /2005 TGP**

**ASUNTO:**

**PROCEDIMIENTO DE EJECUCIÓN DE LA PENA DE LOCALIZACIÓN PERMANENTE.**

Área de aplicación: Centros Penitenciarios, Servicios Sociales Penitenciarios, Unidad de Vigilancia Electrónica.

**Descriptor: PENA DE LOCALIZACIÓN PERMANENTE**

## I. INTRODUCCIÓN

En la exposición de motivos de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, destaca entre los cambios realizados, en orden a la adaptación positiva del Código Penal a los valores constitucionales, la reforma total del sistema de penas, de modo que permita alcanzar, en lo posible, los objetivos de resocialización que la Constitución le asigna.

La Ley Orgánica 15/2003 de 20 de noviembre pone de manifiesto que la pena de localización permanente es una importante novedad que trata de dar respuesta penal efectiva a determinados tipos delictivos y que se basa en la aplicación de nuevas medidas que proporciona el desarrollo de la tecnología. La configuración de esta pena permite su aplicación para prevenir conductas típicas constitutivas de infracciones penales leves, al mismo tiempo que se evitan los efectos perjudiciales de la reclusión en establecimientos penitenciarios.

La pena de localización permanente de acuerdo con el artículo 35 del C.P., modificado por el apartado tercero del artículo único de la L.O. 15/2003, pasa a ser una pena privativa de libertad autónoma, leve (artículo 33.4 g) C.P.) y generalmente alternativa, normalmente respecto de la pena de multa y en dos ocasiones respecto de la pena de trabajo en beneficio de la comunidad (art. 620 último párrafo y 626 del C.P.). Como pena principal y conjunta con la multa se prevé, entre otros, para la falta de perturbación leve de actos públicos (art. 633 C.P.).

El Real Decreto 515/2005, de 6 de mayo regula básicamente la definición del plan de ejecución de la pena de localización permanente que debe efectuarse por el establecimiento penitenciario correspondiente, de acuerdo con lo que disponga el juez o tribunal sentenciador y en atención a las circunstancias personales y sociales del penado.

La presente Instrucción pretende pautar el proceso de ejecución de una pena que a la ventaja ya expuesta de evitar el efecto perjudicial del ingreso en prisión contrapone una



complejidad añadida al tener que supervisarse su exacto cumplimiento en el domicilio del penado o en lugar determinado fijado por el juez en sentencia. La ayuda de los medios telemáticos de control permitirá saber, de la manera menos intrusiva posible, que existe la certeza de un confinamiento del penado en el lugar que se designe para cumplir la condena y por el tiempo que dure la misma.

La propuesta de control de la ejecución por parte de las Fuerzas y Cuerpos de la Seguridad del Estado se reserva, para aquellos casos en los que los medios citados y que en la actualidad la Administración Penitenciaria tiene a su disposición, no permiten asegurar el efectivo cumplimiento de la pena impuesta, lo que podría dar lugar a la impunidad de los penalmente responsables.

## II. EJECUCIÓN DE LA PENA DE LOCALIZACIÓN PERMANENTE

Por lo que se refiere a la ejecución de la pena de localización permanente, interesa destacar:

Las unidades administrativas que intervienen en el proceso de ejecución son: el Centro Penitenciario (Oficina de Régimen, Departamento de trabajo social), Servicio Social Penitenciario, Servicios Centrales (unidad de vigilancia electrónica).

El artículo 12 del Real Decreto 515/2005, dispone que el establecimiento penitenciario del lugar donde el penado tenga fijada su residencia realizará las actuaciones necesarias para hacer efectivo su cumplimiento. Resulta ineludible, dada la distribución actual de los Centros Penitenciarios, precisar qué Centro Penitenciario es realmente competente al respecto de formalizar las actuaciones necesarias.

El Establecimiento Penitenciario competente para realizar las actuaciones necesarias consistentes en hacer efectivo su cumplimiento será:

1. Si el condenado no se encontrase detenido, preso o penado en un Centro Penitenciario, será competente el Centro de Inserción Social de la provincia en la que resida el penado. En los casos de las provincias en las que por el momento no exista Centro de Inserción Social la competencia recaerá en el Centro Penitenciario de la provincia, de haber varios centros la competencia la asume el Centro al que esté adscrito el Servicio Social Penitenciario.
2. Si el condenado se encontrase detenido, preso o penado en un Centro Penitenciario, será éste el competente.

La presente Instrucción se acompaña de la siguiente documentación anexa:

1. ANEXO I. Procedimiento de actuación.
2. ANEXO II. Modelo de propuesta de plan de ejecución.

## III. DISPOSICIÓN DEROGATORIA

Quedan derogadas las normas de igual o inferior rango que se opongan a lo dispuesto en la presente Instrucción.

#### IV. DISPOSICIÓN FINAL

En la primera reunión del Consejo de Dirección y de la Junta de Tratamiento se dará lectura de la presente Instrucción, procediendo su difusión en los términos establecidos en el artículo 280.2.14.<sup>a</sup> del Reglamento Penitenciario.

Madrid, 29 de julio de 2005

LA DIRECTORA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

Fdo. Mercedes Gallizo Llamas

#### **I 14/2005 DGIP**

#### **ASUNTO:**

#### **PROGRAMA MARCO DE PREVENCIÓN DE SUICIDIOS.**

Área de aplicación: Tratamiento, Sanidad y Vigilancia.

#### **Descriptor: DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DE RIESGO. APLICACIÓN DE PROGRAMAS. EVALUACIÓN.**

#### 1.- INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la conducta suicida supone un problema de salud pública de primer orden debido al gran número de personas afectas por año en el mundo.

El suicidio se considera un trastorno multidimensional que resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales.

La conducta suicida es uno de los más graves problemas de la Institución Penitenciaria a nivel europeo.

Las prisiones son depositarias de grupos tradicionalmente considerados vulnerables en lo que se refiere a las tasas altas de suicidio, tales como jóvenes, enfermos mentales, marginados sociales, toxicómanos. Como factores más concretos, encontramos:

- El impacto psicológico de la detención y el encarcelamiento o del estrés cotidiano asociado a la vida de la prisión puede exceder las habilidades de afrontamiento de los sujetos más vulnerables.
- La afectación que la comisión del delito y de modo singular los delitos contra las personas, contra la libertad sexual y de violencia familiar, producen en algunas personas, no sólo al iniciar su estancia en prisión, sino también cuando la prolongación de la condena debilita los resortes del equilibrio emotivo.

- La resonancia que ejerce sobre el recluso ver publicada en los medios su actividad delictiva.
- El abatimiento que la reducción a un género de vida penitenciario produce en personas que han cometido delitos de carácter económico y ven esfumarse un prototipo de realidad económica largamente soñado y al que han dedicado muchos años de vida.
- La añoranza, separación, pérdida de los lazos familiares y del medio social ordinario.
- Por último, las modificaciones legales efectuadas en los últimos años respecto al cumplimiento íntegro de las penas y las condiciones para la obtención de los beneficios penitenciarios han contribuido a incrementar el número de los reclusos, la duración de las estancias en prisión y han disminuido el nivel de esperanza de numerosos reclusos que en la situación legal anterior habrían alcanzado la libertad condicional, estarían en régimen abierto o con una mayor frecuencia de permisos de salida.

## 2.- PROGRAMA MARCO: CARACTERÍSTICAS

Corresponde a la Institución Penitenciaria "velar por la vida, la integridad y la salud de los internos" (artículo 3.4 de la Ley Orgánica General Penitenciaria). Consciente de ello la Administración Penitenciaria viene desarrollando en todos los Establecimientos Penitenciarios programas de detección y prevención de conductas autolíticas.

Requerido a todos los Centros Penitenciarios la evaluación y rectificación de sus programas específicos de prevención de suicidios, a la luz de las orientaciones de la OMS, los contenidos de las publicaciones en materia de predicción y reducción del suicidio, parece oportuno establecer un nuevo programa marco que, recogiendo las experiencias basadas en la Orden Circular 16/98, estimulen a cuantos trabajan en las Instituciones Penitenciarias en la sistematización de los programas de cada Centro Penitenciario en orden a disminuir la incidencia del suicidio.

La trascendencia del suicidio obliga a afirmar que este asunto exige la máxima atención y dedicación de cuantos intervienen en la Administración Penitenciaria: Funcionarios, Personal Laboral y Voluntariado.

Es a todo el personal de la Administración Penitenciaria a quienes compete la preocupación por detectar una posible conducta suicida.

Extremando el control externo del recluso, todo el personal, en cumplimiento de la obligación de "conocer a los internos de la Unidad e informar sobre sus comportamiento" (artículo 309 del Reglamento Penitenciario de 1981, aún vigente), debe procurar la observación y el conocimiento de los internos a su cargo en una escucha activa que posibilite la comprensión, el dialogo y la intervención inmediata que deberá transformarse en intervención técnica con un necesario refrendo documental.

El estudio de perfiles proclives a conductas suicidas, con ser imprescindible, resulta de tremenda amplitud ya que la totalidad de la población penitenciaria podría incluirse en grupo de riesgo. Urge, por tanto, añadir a estos rasgos de la persona el análisis de las situaciones de especial riesgo del ámbito penitenciario que pueden convertirse en desencadenantes de conductas autolíticas.

Se requiere que la llamada de atención producida en cualquier punto y motivada por la escucha activa de cualquier persona de la Institución Penitenciaria produzca una inmediata adopción de medidas.

A esta inmediatez de respuesta, con la toma de medias provisionales, debe seguir con agilidad, prontitud y eficacia la intervención del Psicólogo y del Médico.

Es necesario que estos dos profesionales transformen la detección inmediata de posibles conductas suicidas en un estudio conjunto de la situación anímica del interno.

Dentro de los principios de agilidad y eficacia, mediante decisión colegiada, ponderada y cuantificada en la medida en la que sea posible, el Subdirector de Tratamiento y ambos profesionales, contando con la documentación aportada por cuantos colaboran en las tareas de tratamiento, sanidad y vigilancia, propondrán al Director, responsable de cuantas tareas se desarrollan en el Centro Penitenciario, la inclusión en el programa de prevención de suicidios y las medidas a adoptar.

Igualmente esta evaluación efectuada conjuntamente por Psicólogo, Médico y Subdirector de Tratamiento permitirá, con la suficiente prudencia, no incluir en la prevención de suicidios un buen número de casos, permitiendo así optimizar los recursos humanos, siempre limitados, y dedicándolos a la intervención y seguimiento de los internos incluidos en el programa. Se suma así la sensibilidad en la detección con la especificidad en su aplicación.

La Orden de Dirección, incluyendo a un interno en el Programa de Prevención de Suicidio (P.P.S.) y determinando las medidas impuestas, debe tener la difusión necesaria entre el personal de Tratamiento, Sanitario y de Vigilancia, así como el refrendo documental, "libro de Registro del P.P.S.", oficinas de Régimen, Tratamiento y Sanidad.

Este programa marco debe recordar la importancia de la tarea del Funcionario de Vigilancia tanto en la inmediatez de la detección, como en el control de las medidas impuestas.

Asimismo se resalta la importancia de la colaboración del grupo de "internos de apoyo", dando lugar a un colectivo de reclusos que puedan obtener importantes beneficios a través de unas actividades que requieren la formación, dedicación y buena conducta penitenciaria.

Este programa marco pretende abrir una actitud de fluidez de información e intercambio de experiencias para que cada Centro perfeccione de modo continuado su programa específico.

Desde el Centro Directivo y con la directa intervención de las Subdirecciones de Tratamiento -Áreas de Tratamiento, Régimen y Central de Observación-, Sanidad e Inspección, se estimularán y completarán aquellos aspectos y acciones que permitan un continuo perfeccionamiento del sistema, mereciendo especial atención:

- Las acciones para la formación del personal, en detección y prevención de conductas suicidas, que se programan en el Centro de Estudios Penitenciarios.
- Profundizar en una cultura de la intervención cerca de los internos ,incrementando las actividades.
- Perfeccionar el sistema de coordinación de la información.

- Intensificar la coordinación entre los profesionales de "vigilancia, tratamiento, sanidad" y de los tres grupos entre sí, debe constituir una garantía para este programa marco de prevención de suicidios que incluye los tres fines principales del quehacer penitenciario: custodia, tratamiento y asistencia.

### 3.- LA DETECCIÓN DE CASOS

El derecho de los internos a que la Administración Penitenciaria vele por sus vidas, su integridad y su salud, obliga a que todo el personal adscrito a los Centros Penitenciarios participe activamente en este programa. Es por ello que aún circunscribiendo las labores de información, propuesta o autorización a determinados órganos del Centro Penitenciario, las tareas de detección de situaciones de crisis que pudieran abocar a un interno al suicidio, de seguimiento de los internos incluidos en el programa de prevención de suicidios o de valoración de internos a los que se les ha dejado de aplicar el mencionado programa, debe ser llevado a cabo por cualesquiera de los profesionales del Centro. Los profesionales en contacto con los internos, ya sea por funciones de observación y vigilancia, o por funciones de diagnóstico e intervención, deberán informar a la mayor celeridad sobre cualquier incidencia bien al Jefe de Servicios, o bien al Subdirector de Tratamiento o Psicólogo del departamento, o bien al Subdirector Médico o Médico del departamento en que se encuentre ubicado el interno.

En todo caso, inspirará este procedimiento la celeridad administrativa y la inmediatez, de forma que lejos de burocratizar la información al respecto, los profesionales que detectasen situaciones de riesgo deberán evacuar informe verbal o escrito en el que describan las mencionadas situaciones, a la mayor brevedad posible.

#### *El ingreso en el Establecimiento Penitenciario*

No cabe duda de que el momento del ingreso resulta clave para detectar a los internos que por sus características sean susceptibles de serles aplicado el P.P.S. La Oficina de Régimen proporcionará diariamente una relación detallada de los internos que ingresan en el Establecimiento y los delitos que motivan el ingreso.

En el supuesto de ingreso procedente de otro Establecimiento Penitenciario, bien por asignación de Centro Penitenciario de destino, por diligencias judiciales o por tránsito en órdenes de traslado, se procederá a examinar la documentación que acompaña al interno, y en especial la existencia previa de intentos de suicidio o la inclusión en el programa de prevención de suicidios. En todo caso, en los traslados de internos se consignará esta circunstancia en la portada del expediente personal del interno y en la documentación sanitaria que obligatoriamente ha de acompañar a toda persona en el momento del traslado.

Los profesionales que, conforme al artículo 20 del Reglamento Penitenciario, entrevisten al interno al ingreso deberán valorar la existencia de especiales circunstancias de riesgo de suicidio, informando inmediatamente al Subdirector de Tratamiento en caso de riesgo de este tipo de conductas. No obstante, si la detección de la situación de riesgo se produce por el Médico o el Psicólogo éstos procederán directamente a la evaluación.

#### *Durante el internamiento*

Conforme al artículo 66 del Reglamento Penitenciario, en cualquier momento del periodo de internamiento, cuando los funcionarios, en virtud de las tareas de observación, detectasen manifestación de ideas o presentación de conductas que pudieran determinar su inclu-

sión en el P.P.S., lo pondrán inmediatamente en conocimiento de su superior jerárquico o de los profesionales de las áreas sanitarias o de tratamiento adscritos al departamento.

*Situaciones especiales de riesgo*

1. Especial consideración merece la detección de las situaciones de crisis en periodos de tiempo en los que no pueda llevarse a cabo la correspondiente evaluación -fines de semana o periodos de ausencia de los correspondientes profesionales-. En estos casos, la detección de dichas situaciones determinará la inmediata evaluación por el Médico de guardia y adopción cautelar, en su caso, de medidas provisionales de prevención de suicidio, hasta que por el Subdirector de Tratamiento, Médico y el Psicólogo del Establecimiento se produzca la evaluación precisa que eleve o no a definitiva la programación cautelar adoptada.

2. Internos acogidos voluntariamente a limitaciones regimenterales del artículo 75.2 Reglamento Penitenciario: La situación de acogimiento a limitaciones regimenterales de aseguramiento de la persona del interno voluntariamente interesada por éste determina la necesidad de adoptar medidas cautelares con anterioridad a la aplicación de las mismas. Recibida petición de un interno de acogimiento a limitaciones regimenterales, se procederá a su examen por el Médico y Psicólogo, quienes emitirán un informe sobre si el interno está sometido a situaciones de riesgo de suicidio, procediéndose en su caso a adoptar las mismas medidas que para cualquier otro interno respecto del protocolo de prevención de suicidios recogido en la presente Instrucción.

En todo caso, con independencia de la aplicación del protocolo de prevención de suicidios, se procederá por el Educador a entrevistar al interno acogido a las limitaciones regimenterales del artículo 75.2 Reglamento Penitenciario, al menos una vez a la semana, y a ser examinado por el Médico y el Psicólogo del Establecimiento, conforme a sus consultas programadas y, en todo caso, al menos una vez al mes.

3. Conflictos familiares o afectivos graves: La incidencia que determinados acontecimientos puedan tener en los internos determina la necesidad de establecer medidas de detección en situaciones de conflictos familiares o afectivos graves.

Los funcionarios de servicio en el departamento de Comunicaciones pondrán en conocimiento del Jefe de Servicios, para su traslado al Subdirector de Tratamiento o al mando de incidencias, si la gravedad de lo ocurrido lo aconseja, cualquier hecho o noticia recibida por los internos durante las comunicaciones y relacionadas con su situación sociofamiliar de las que hayan tenido conocimiento, directa o indirectamente, durante el servicio y que pudieran ser relevantes a los efectos de este programa. El Subdirector de Tratamiento requerirá del Trabajador Social que corresponda la valoración de lo ocurrido y su incidencia en el estado emocional del interno.

De igual forma si cualquier miembro del Equipo Técnico, en especial Trabajador Social o Educador, tuvieran conocimiento de conflictos familiares o afectivos lo pondrá en conocimiento del Subdirector de Tratamiento a los mismos efectos.

4. Especial análisis tendrá cualquier modificación en la situación procesal, penal y penitenciaria de los internos que pudiera ser vivenciada por éstos de forma negativa. A estos efectos la detección de la situación de riesgo, la observación y el seguimiento serán tomadas en especial consideración por el Jurista y Educador, en el ámbito de sus respectivas competencias.

5. Asimismo se valorará la proximidad de la excarcelación como situación de riesgo. El Trabajador Social tendrá en cuenta las dificultades de reinserción social, familiar y laboral por si supusieran un plus de riesgo a los efectos de este programa.
6. La situación de aislamiento del interno, conforme al artículo 43 de la Ley Orgánica General Penitenciaria, se cumplirá con informe médico del interno. El Médico del Establecimiento recogerá expresamente en su informe al Director la posible incidencia de situación de riesgo de suicidio del interno.
7. Por último, se tomará en especial consideración el seguimiento de la detección de posibles situaciones de riesgo de suicidio posterior a la comunicación al interno de resoluciones administrativas o judiciales que comporten una involución tratamental -regresiones de grado de tratamiento, no autorización de permisos de salida, denegación de libertad condicional...-. En estos casos se procederá por el Educador y Jurista del Establecimiento a la detección de la situación de riesgo, realizando el Educador la observación y el seguimiento del interno.

#### 4.- DIAGNÓSTICO DE INCLUSIÓN EN EL PROGRAMA

Ante la detección de una posible conducta suicida, procedente de cualquier trabajador o colaborador de la Institución Penitenciaria, se inicia un proceso diagnóstico para su posible inclusión con la evaluación por Psicólogo y Médico, todo ello con independencia de las medidas urgentes y provisionales que por la Jefatura de Servicios puedan adoptarse.

A tal efecto será inmediatamente visitado por el Psicólogo y por el Médico.

Efectuadas ambas entrevistas se reunirán los dos profesionales, en sesión conjunta con el Subdirector de Tratamiento, aportando:

- a) En el supuesto de interno de nuevo ingreso.
  - Psicólogo:
    - Instrumento de detección incluido en anexo o el que el profesional estime conveniente.
  - Médico:
    - Resultado de la evaluación al ingreso (Modelo Sanitario-5 de obligado cumplimiento).
    - Información sobre antecedentes de enfermedades mentales si se dispone.
  - El Subdirector de Tratamiento aportará los resúmenes de las entrevistas efectuadas en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 20 del Reglamento Penitenciario.
- b) En el resto de los casos:
  - Psicólogo:
    - Instrumentos de detección y evaluación incluidos en los anexos o los que el profesional estime conveniente.
    - Evaluaciones psicológicas previas de que disponga.

- Médico:

- Evaluación de riesgo de acuerdo a la Escala de Plutchick y los antecedentes sobre enfermedades mentales de que disponga.

- El Subdirector de Tratamiento, aportará la información de utilidad de que se disponga en el expediente y el protocolo, así como cuanta información se considere oportuna.

Como resultado de la deliberación y evaluación conjunta propondrán al Director la inclusión, si procede, en el PPS, así como las medidas a adoptar.

El Director del Establecimiento emitirá la Orden de Dirección, responsabilizándose de su cumplimiento los diversos departamentos y de modo concreto a las áreas de Tratamiento, Sanidad e Interior.

En la Subdirección de Tratamiento existirá un "Registro de altas y bajas en PPS".

Igualmente se dispondrá de una "Carpeta personal del interno en PPS", en la que se recogerá cuanta documentación genere la situación del interno en el programa, así como cuantos datos de detección o control aporte el personal del Centro Penitenciario.

## 5.- MEDIDAS

### 1. MEDIDAS PREVENTIVAS

- Con carácter general los ingresos estarán en celda compartida evitando situaciones de aislamiento.
- Con carácter general los tránsitos estarán en celda compartida evitando situaciones de aislamiento, especialmente si entran dentro de las situaciones de riesgo.
- En el Departamento de Ingresos y Tránsitos se evitarán los tiempos de permanencia en situación de aislamiento.
- Facilitar las llamadas a las familias.

### 2. MEDIDAS PROVISIONALES URGENTES

- Derivación urgente al Hospital de referencia en caso de urgencia psiquiátrica.
- Tratamiento médico directamente observado.
- Inmovilización terapéutica acompañada de observación.
- Asignación urgente de interno de apoyo.
- Retirada de material de riesgo.
- Vigilancia especial por funcionarios.

### 3. MEDIDAS PROGRAMADAS

- Seguimiento por los Servicios Médicos:



- Consulta médica programada.
- Derivación para valoración por especialista en psiquiatría.
- Ingreso en enfermería para observación y tratamiento médico.
- Seguimiento por los Servicios de Tratamiento:
  - Consulta psicológica programada.
  - Seguimiento directo por su Educador.
  - Valoración por el Trabajador Social.
- Régimen de vida (con carácter general en su departamento)
  - Acompañamiento continuo (24 horas) por interno de apoyo.
  - Acompañamiento por interno de apoyo en horas de cierre y actividades no comunitarias.
  - Favorecer comunicaciones con la familia y medio social.
  - Potenciar participación en actividades:
    - Ocupacionales, deportivas, de tiempo libre.
    - Remuneradas.
    - Otras (especificar):

#### 4. MEDIDAS ESPECIALES

- Vigilancia especial por los funcionarios.
- Retirada de material de riesgo.
- Ubicación en celda especial de observación (si se dispone)
- Seguimiento de incidencias en las comunicaciones
- Otras (especificar):

#### 6.- INTERNOS DE APOYO (IA)

A fin de contribuir en las tareas de seguimiento, apoyo y atención entre iguales de aquellos internos que se encuentren dados de alta en el PPS o en situaciones de malestar emocional significativo, se preparará un grupo de internos en todos los Centros Penitenciarios.

##### *Selección:*

La incorporación al grupo de internos de apoyo se efectuará mediante solicitud del candidato, informada por el Funcionario Encargado del Módulo en que resida el interno y por su Educador.

La Junta de Tratamiento del Establecimiento Penitenciario resolverá sobre la incorporación procurando seleccionar aquellos internos que:

- Presenten la adecuada capacitación, actitud y motivación.

- Presenten una situación estable en el Centro, buen comportamiento y sin traslado previsible.
- Les reste para el cumplimiento definitivo o fecha de concesión de la Libertad Condicional, un tiempo superior a un año.
- Sin sanciones por conductas tipificadas en el artículo 108 y en el artículo 109 apartados a, b, c, y también i.
- Sin historia de autolesiones ni tratamiento psiquiátricos continuados por enfermedad psiquiátrica.
- Sin consumo activo de drogas en el momento de la selección.

*Formación:*

La Junta de Tratamiento, mediante la colaboración de los distintos profesionales y de los expertos de las ONG(s) que desarrollen programas en el Establecimiento Penitenciario, organizará un cursillo de formación para los internos seleccionados para desempeñar la actividad de interno de apoyo.

La formación tendrá una duración mínima de 30 horas, a impartir en un máximo de 15 días.

Con la formación se pretende que el interno de apoyo adquiera conciencia de la actividad que va a desempeñar, objetivos para los que se solicita su colaboración, importancia de la actividad, detección de circunstancias clínicas de riesgo, técnicas de escucha activa, comunicación interpersonal, conocimientos básicos sobre depresión y primeros auxilios, todo ello impartido a nivel básico con una metodología activa y eminentemente participativa.

La falta de interés o la ausencia injustificada a dos sesiones motivará que por la Junta de Tratamiento se acuerde la baja en el cursillo y en el programa.

El cursillo de formación se impartirá cuantas veces sea necesario para garantizar que el grupo de internos de apoyo alcance el 2% de la población que albergue el Establecimiento Penitenciario, iniciándose el primero de ellos en los treinta días siguientes a entrada en vigor de esta Instrucción.

Por el Centro de Estudios y la Central Penitenciaria de Observación se prestará la orientación necesaria para la programación de estos cursillos.

*Actualización:*

El Subdirector de Tratamiento mantendrá una sesión mensual de trabajo con todos los internos de apoyo del Centro Penitenciario.

A esta reunión acudirán aquellos profesionales que la Subdirección convoque a efectos de comunicación, reiteración de conocimientos y control del programa de prevención de suicidios. También asistirán todos los Educadores del Establecimiento Penitenciario.

El interno de apoyo (IA) prestará su colaboración en tres modalidades:

- IA que comparte celda con el recluso en PPS.
- IA que, además de compartir celda, acompaña al interno en todas las actividades que no tengan carácter colectivo.
- IA sombra.(24 horas).

*Incorporación a la actividad:*

Para su incorporación a un caso concreto de apoyo, el interno recibirá las instrucciones específicas impartidas por el Técnico o Educador que el Subdirector de Tratamiento designe. Estas instrucciones se impartirán en presencia del Funcionario Encargado de la Vigilancia del Módulo en el que vaya a desempeñar la actividad.

Transitoriamente y hasta que se haya impartido el cursillo de formación, podrán seguir asignándose internos de apoyo, procurándose la mejor capacitación y motivación de los internos seleccionados.

*Baja en la actividad:*

La falta de interés en el desempeño de la actividad, la notoria incapacidad, el incumplimiento de las normas que se le impartan o la ausencia injustificada a las reuniones de coordinación y actualización que se convoquen, serán causa de exclusión del grupo de internos de apoyo, mediante acuerdo de la Junta de Tratamiento.

Los internos de apoyo que se encuentren acogidos a la relación laboral especial penitenciaria se registrarán por la normativa de aplicación en la mencionada relación laboral.

*Recompensas:*

Dado que la actividad de interno de apoyo requiere de un alto grado de especialización, implicación y responsabilidad en la tarea, será especialmente evaluada por los órganos competentes, de cara a la consecución de beneficios penitenciarios previstos en los arts. 202 y siguientes del Reglamento Penitenciario y para el desempeño del puesto de trabajo.

En consecuencia:

- En el supuesto de que alcanzados los 120 días anteriores a la fecha prevista para la libertad condicional (cumplimiento de los 2/3 de la pena), el interno de apoyo no hubiese sido clasificado en tercer grado, se efectuará comunicación, debidamente motivada, a la Central Penitenciaria de Observación, a los efectos de su posible revisión.
- El interno de apoyo que desempeñe correctamente la actividad encomendada percibirá la mayor valoración posible en orden a la obtención de recompensas.
- Aquellos internos integrados en la actividad de interno de apoyo que sean demandantes de puesto de trabajo en los talleres productivos del Establecimiento, obtendrán el adelantamiento de un puesto en la lista de espera por cada dos días completos de actividad como interno de apoyo, siempre que continúen en el desempeño de esta actividad y con el respeto, en todo caso, de los criterios de prelación del art. 3 del R.D. 782/2001.
- Por los Consejos de Dirección de cada Centro se establecerá, con la periodicidad que se determine, un turno de comunicaciones extraordinarias a los internos pertenecientes al grupo de internos de apoyo que lo soliciten.
- La Junta de Tratamiento podrá determinar otro tipo de recompensas específicas, en relación con la actividad desarrollada por alguno de estos internos y sus circunstancias personales.
- El puesto de interno de apoyo podrá ser solicitado en igualdad de condiciones por los internos preventivos.

Se procurará que los internos incluidos en el grupo de internos de apoyo no sean trasladados, salvo que lo soliciten voluntariamente. En este caso se procurará que los internos trasladados puedan ser incluidos en el mencionado grupo en el Centro al que sean destinados.

## 7.- BAJA EN EL PROGRAMA DE P.P.S.

La Junta de Tratamiento en su sesión semanal resolverá la continuidad o modificación de las medidas acordadas.

Controladas las causas que condujeron a la inclusión en el P.P.S. y mediante acuerdo motivado, la Junta de Tratamiento propondrá a su Presidente que emita Orden de Dirección para que el interno sea dado de baja en el P.P.S.

La Orden de Dirección quedará reflejada en el expediente, protocolo y en el historial sanitario del interno produciendo igualmente la conveniente anotación en el "Registro de Altas y Bajas del P.P.S."

La carpeta personal de seguimiento del interno en el P.P.S., se unirá a su protocolo.

La Orden de Dirección de baja en el P.P.S. no se emitirá en vísperas o fin de semana o festivo.

La retirada de medidas tendrá un carácter progresivo según criterio de psicólogo y médico quienes efectuarán evaluaciones periódicas, como mínimo, al mes, tres meses y seis meses para su estudio por la Junta de Tratamiento.

Especial atención merecerán los pacientes en tratamiento antidepresivo que no se darán de baja en el P.P.S., hasta que por criterio médico y psicólogo así se determine.

Si la baja en el P.P.S. conlleva cambio de ubicación residencial, el interno no será dado de baja en el P.P.S. hasta que haya transcurrido una semana de adaptación a su nueva residencia.

El Educador efectuará el seguimiento del interno dado de alta contando con la colaboración del personal, aportando cuanta información obtenga en las sesiones de recuerdo prescritas en el párrafo segundo del apartado "Evaluación".

## 8.- ANÁLISIS INCIDENTAL DE CASOS

Con independencia de la obligada comunicación de los casos de suicidio, consumados o en grado de tentativa, a la Inspección Penitenciaria, el Consejo de Dirección en sesión ordinaria, valorará las acciones de suicidio, consumadas o en grado de tentativa, recabando toda la información necesaria de los distintos funcionarios y departamentos implicados, evaluando la aplicación del programa en el Centro y en su caso adoptando las medidas a implementar.

## 9.- EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

Semanalmente se evaluará por la Junta de Tratamiento las medidas acordadas en el programa de prevención de suicidios de cada uno de los internos incluidos en el protocolo de prevención de suicidios.

Igualmente, la Junta de Tratamiento revisará la evolución de aquellos internos que hayan sido dados de baja del programa de prevención de suicidios, de forma ordinaria al

mes, a los tres meses y a los seis meses desde la fecha de la baja en el P.P.S. En las revisiones de grado de tratamiento de internos se tomará siempre en cuenta la anterior inclusión en P.P.S y se evaluará, de entre otras circunstancias, la situación histórica de aplicación de programa de prevención de suicidios.

Con periodicidad mensual será remitida por la Subdirección de Tratamiento de los distintos Centros Penitenciarios, a la Subdirección General de Tratamiento y Gestión Penitenciaria, Área de Tratamiento, relación detallada de los internos incluidos en el protocolo de prevención de suicidios y periodo de tiempo de permanencia en el mismo. Todo ello con independencia del mantenimiento de las comunicaciones que se vienen efectuando como incidencia a la Inspección, seguimiento de casos a la Central de Observación y notificación del suceso a Sanidad.

El Consejo de Dirección realizará anualmente una evaluación de la aplicación del programa en el centro, adaptaciones del Programa Marco realizadas en el establecimiento y propuestas que se elevan para su posible implantación general. Dicha evaluación se remitirá junto con el informe-memoria anual (anexo 4) a la Subdirección General de Tratamiento y Gestión Penitenciaria -Área de Tratamiento- antes del 30 de enero de cada año.

Por la Dirección General se evaluará permanentemente el funcionamiento del P.P.S. analizando los casos ocurridos a fin de detectar nuevas situaciones de especial riesgo y demás factores que promueven la decisión de asumir conductas autolíticas.

## 10.- ENTRADA EN VIGOR

La presente Instrucción entrará en vigor al día siguiente de su recepción en los Centros Penitenciarios.

## 11.- DISPOSICIÓN DEROGATORIA

Queda derogada la instrucción 12/2005 de fecha 28 de julio de 2005.

## 12.- DISPOSICIONES FINALES

Se dará lectura de la presente Instrucción en la primera sesión del Consejo de Dirección y de la Junta de Tratamiento que se celebren tras su recepción, procediéndose a su difusión en los términos establecidos en el art. 280.2 14.<sup>a</sup> del Reglamento Penitenciario.

En el plazo de 3 meses se procederá a la acomodación de los Programas de Prevención de Suicidios existentes en todos los Establecimientos a las directrices de la presente Instrucción.

Madrid, 10 de agosto de 2005

LA DIRECTORA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

Fdo. Mercedes Gallizo Llamas

## **I 15/2005 TGP**

### **ASUNTO:**

### **PROTOCOLO DE TRABAJO SOCIAL EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS**

Área de aplicación: Centros Penitenciarios y Servicios Sociales Penitenciarios.

**Descriptor: PROTOCOLO DE ACTUACIÓN PARA LA GESTIÓN DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL EN CENTROS PENITENCIARIOS Y SERVICIOS SOCIALES PENITENCIARIOS.**

### **I. INTRODUCCIÓN**

La entrada en vigor de la Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre del Código Penal, así como la aprobación del Real Decreto 515/2005, de 6 de mayo, por el que se establecen las circunstancias de ejecución de las penas de trabajo en beneficio de la comunidad, de la pena de localización permanente, de determinadas medidas de seguridad y de la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad, hacen necesario actualizar y añadir un nuevo procedimiento, de los contemplados por la anterior Instrucción 1/2004 del Organismo Autónomo de Trabajo y Prestaciones Penitenciarias que regulaba el Manual de procedimientos de las líneas de actuación de trabajo social.

Por otro lado, el traspaso de competencias en materia de intervención social, que con anterioridad correspondían al Organismo Autónomo de Trabajo y Prestaciones Penitenciarias, a la Subdirección General de Tratamiento y Gestión Penitenciaria, implica un cambio de funciones en la estructura orgánica de la misma que de igual forma se refleja en los actuales procedimientos.

### **II. MODIFICACIONES**

La desaparición de la pena de arresto de fin de semana y la creación de la pena de localización permanente, son dos de las novedades que introduce la nueva normativa.

Como consecuencia, se hace innecesario, el procedimiento número 7, de la anterior Instrucción 1/2004, que regulaba la forma de ejecución de la pena de arresto de fin de semana.

En cuanto a la nueva pena de localización permanente, se encuentra regulada en la Instrucción 13/2005 de 29 de julio de este Centro Directivo.

Al ser la Administración Penitenciaria la responsable del control y seguimiento de la pena de localización permanente, serán los Servicios Sociales Penitenciarios (antes denominados Servicios Sociales Externos) los que deberán estudiar la situación del penado a fin de proponer el plan de ejecución para su aprobación o rectificación por el Juez o Tribunal correspondiente.

Otra novedad introducida por la Ley 15/2003 de 25 de noviembre, es la regulación de las circunstancias de la ejecución de la pena de trabajo en beneficio de la comunidad,

manteniendo las anteriores condiciones establecidas en el Código Penal e incorporando el régimen jurídico del incumplimiento, así como la figura del Juez de Vigilancia Penitenciaria para el control del cumplimiento de esta pena (art. 49 CP).

En tanto que esta pena, se puede considerar plenamente implantada en la estructura procedimental penitenciaria y debido a la experiencia adquirida por parte de los Servicios Sociales Penitenciarios, se ha optado por descentralizar su gestión para agilizar y simplificar su tramitación mediante un soporte estadístico centralizado con el fin de poder hacer un seguimiento adecuado del cumplimiento de la misma.

En cuanto a la ejecución de las medidas de seguridad privativas y no privativas de libertad, no existen cambios respecto a los anteriores procedimientos que regulaban las mismas. La suspensión de la ejecución de penas privativas de libertad, de igual forma, no sufre modificación alguna.

Respecto a la libertad condicional, la Ley 15/2003, de 25 de noviembre, en su artículo 92.3, establece un nuevo supuesto para los casos en que corra peligro patente la vida del interno, por enfermedad grave o por su avanzada edad. En este sentido, se ha tenido en cuenta tanto en los modelos normalizados a cumplimentar como en las estadísticas referidas a libertad condicional.

Finalmente, se ha considerado oportuno establecer un nuevo procedimiento con el objetivo de poder implicar a la familia en el proceso de inserción del interno. Se ha tenido en cuenta que la familia resida en la misma o distinta provincia de donde está ubicado el Centro Penitenciario en el que se encuentre el interno, de forma tal, que si la familia está dispuesta a apoyar al interno y éste lo considera oportuno, los Departamentos de Trabajo Social y los Servicios Sociales Penitenciarios contribuyan con sus actuaciones a potenciar y facilitar dicha implicación.

### III. EJECUCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS

Debe tenerse en cuenta que algunos de los procedimientos han experimentado variaciones y como ya se ha mencionado, aparece otro de nueva implantación. Como consecuencia, es necesario establecer la coordinación adecuada entre los Departamentos de Trabajo Social de los Centros Penitenciarios y los Servicios Sociales Penitenciarios, al objeto de poder marcar unas pautas correctas y ajustadas a la normativa vigente, realizando todas aquellas reuniones de trabajo que se consideren necesarias, entre los diferentes profesionales.

Asimismo, a efectos de establecer una coordinación adecuada, entre los Centros Penitenciarios y sus respectivos Servicios Sociales Penitenciarios se constituirá la Comisión de Programación y Seguimiento de Trabajo Social.

Dicha Comisión se creará en aquellos Centros del cual dependan uno o más Servicios Sociales Penitenciarios.

Estará presidida por el Director del Centro y formarán parte de ella, el Subdirector de Tratamiento, el o los Jefes de Servicios Sociales correspondientes y el Coordinador de Trabajo Social.

La citada Comisión celebrará al menos una reunión semestral. De las actas de dichas reuniones se remitirá copia al Centro Directivo, dentro del mes siguiente a su celebración.

Sus cometidos básicos, serán los siguientes:

- Elaborar la programación de los Servicios Sociales en su conjunto.
- Valorar con carácter semestral el desarrollo y ejecución de la programación diseñada.
- Estimar las necesidades para la adecuada ejecución de las funciones encomendadas a los Servicios Sociales.
- Programar las pautas de coordinación entre los Departamentos de Trabajo Social y los Servicios Sociales.

Por último, es necesario resaltar la importancia de la remisión de los Expedientes Sociales en el caso de traslado de internos a otros Centros Penitenciarios, con el fin de que los Servicios Sociales de destino eviten la duplicidad en el trabajo, así como, reducir de forma sustancial los trámites burocráticos.

#### IV. DISPOSICIÓN DEROGATORIA

Quedan derogadas las normas de igual o inferior rango que se opongan a lo dispuesto en la presente Instrucción y, en concreto, la Instrucción 02/96 de Intervención Social, la Instrucción 11/96 de Trabajo en Beneficio de la Comunidad y la Instrucción 1/2004, de 14 de enero, de Manual de procedimiento de las líneas de actuación de trabajo social.

#### V. DISPOSICIÓN FINAL

En la primera reunión del Consejo de Dirección y de la Junta de Tratamiento se dará lectura de la presente Instrucción, procediendo a su difusión en los términos establecidos en el artículo 280.2. 14ª del Reglamento Penitenciario.

Las Comisiones de Programación y Seguimiento de Trabajo Social deberán constituirse en el primer mes a la recepción de la presente Instrucción. Se remitirá copia del acta de constitución al Centro Directivo.

Madrid, a 29 de septiembre de 2005

LA DIRECTORA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

Fdo. Mercedes Gallizo Llamas

**I 16/2005 SP**

**ASUNTO:**

**SEGURIDAD DE RED**

Área de Aplicación: Servicios



## **Descriptor: MEDIDAS PREVENTIVAS DE SEGURIDAD APLICABLES A SUS EQUIPOS Y SISTEMAS INFORMÁTICOS Y DE COMUNICACIONES.**

### 1.- INTRODUCCIÓN

La Dirección General de Instituciones Penitenciarias, en la medida de las posibilidades presupuestarias, pone a disposición de su personal los equipos y sistemas informáticos y de comunicaciones necesarios para la realización de su trabajo. Ante la existencia de amenazas a las redes informáticas tales como la propagación de virus informático procedentes de correo electrónico externo, Internet o soportes externos de archivos electrónicos, la penetración de intrusos informáticos a través de conexiones a redes externas u otras, es necesario el establecimiento de medidas preventivas de la seguridad de estos equipos y sistemas informáticos y de comunicaciones, así como de toda la información almacenada. Esta Instrucción ha sido informada favorablemente por la Abogacía del Estado en el Ministerio del Interior en fecha cuatro de noviembre de dos mil cinco.

### 2.- DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- *Red de comunicaciones de datos de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias:* Red de comunicaciones de propósito exclusivo para la transmisión de datos generados por programas de ordenador, constituida por enlaces de comunicaciones entre los Servicios Centrales y los distintos Centros Penitenciarios dependientes de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, así como sus prolongaciones a las redes de área local de oficinas de los Servicios Centrales y Centros Penitenciarios.
- *Usuario:* Personal con acceso a equipos y sistemas informáticos y de comunicaciones de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

### 3.- ÁMBITO DE APLICACIÓN

Las normas contenidas en esta Instrucción serán de aplicación a todos los usuarios con acceso a equipos y sistemas informáticos y de comunicaciones de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias y del Organismo Autónomo "Trabajo Penitenciario y Formación para el Empleo", y personal de empresas contratistas en el ejercicio de sus prestaciones.

### 4.- ESTANQUEIDAD DE LA RED DE COMUNICACIONES DE DATOS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS.

- a. La red de comunicaciones de datos de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias será considerada como una red estanca, si bien podrá autorizarse por el Subdirector General de Servicios, puntos de interconexión con otras redes externas.
- b. Los puntos de interconexión de la red de comunicaciones de datos de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias en los Servicios Centrales serán los únicos habilitados para su conexión a la Intranet Administrativa, y a los servicios de acce-

- so a Internet para cualquier usuario de la red. Estos puntos de interconexión en los Servicios Centrales serán además los únicos que permitan accesos al Sistema de Información Penitenciario a personal externo a la Dirección General de Instituciones Penitenciarias y del Organismo Autónomo "Trabajo Penitenciario y Formación para el Empleo".
- c. La red de área local independiente del Sistema de Gestión de Economatos de cada Centro Penitenciario mantendrá su diseño original, no existiendo punto de conexión alguno entre esta red y la red de comunicaciones de datos de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, sea directo o a través de un ordenador personal o servidor de red.
  - d. Sólo dispondrán de cableado a los distribuidores de electrónica de red aquellos puntos de conexión (rosetas RJ45 de conexión) que estén siendo utilizados por ordenadores personales de puesto de trabajo. Los puntos de conexión (rosetas RJ45 de conexión o sus equivalentes) que no estén siendo utilizadas por ordenadores personales de puesto de trabajo no dispondrán de cableado a los distribuidores de electrónica de red de planta o área de trabajo.
  - e. Las redes de área local de aulas de formación de internos de Centros Penitenciarios no dispondrán de conexión alguna con la red de comunicaciones de datos de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias.
  - f. Las áreas de los Centros Penitenciarios a las que puedan acceder personal interno de estos Centros no dispondrán de cableado ni de puntos de conexión perteneciente a la red de comunicaciones de datos de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias.
  - g. Los ordenadores personales de puesto de trabajo, conectados a la red de comunicaciones de datos de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias no dispondrán en ningún caso de módem de comunicaciones para su acceso a Internet mediante líneas telefónicas conmutadas. De igual forma queda terminantemente prohibida la conexión de estos ordenadores personales a otras redes externas a través de líneas RDSI, ADSL, VSAT, WiFi u otras.
  - h. Cualquier modificación o extensión del cableado o a los distribuidores de electrónica de red, o nueva conexión a la red de comunicaciones de datos de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, por mínimo que sea, tiene que ser conocido y autorizado expresamente por el Subdirector General de Servicios Penitenciarios.
  - i. La adición de cualquier tráfico de datos distinto del generado por los sistemas informáticos propios de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, tiene que ser conocido y autorizado expresamente por el Subdirector General de Servicios Penitenciarios.
  - j. De ser necesario el acceso a otras redes externas desde algún Centro Penitenciario utilizando ordenadores personales específicos, se instalará un cableado independiente de la centralita telefónica y del cableado estructurado del Centro, que será a su vez encaminado por canalizaciones distintas a las utilizadas a la red de comunicaciones de datos de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias. La conexión a otras redes externas desde los Centros Penitenciarios requerirá asimismo la autorización expresa del Subdirector General de Servicios Penitenciarios.

## 5.- CONTROL DE ACCESO A LA RED DE COMUNICACIONES DE DATOS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS.

- a. Previa solicitud en los Servicios Centrales del Subdirector General, o del Director del Centro Penitenciario correspondiente, a cada usuario autorizado a acceder a la red de comunicaciones de datos de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias se le asignará un nombre de usuario y contraseña de acceso a la red.
- b. La solicitud del Subdirector General, o del Director de Centro Penitenciario de alta de usuario de la red de comunicaciones de datos de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias especificará las carpetas de archivo de documentos o archivos electrónicos ubicadas en servidores de archivos a los que el usuario deberá tener acceso.
- c. En correspondencia con el necesario control de acceso a la red de comunicaciones de datos y carpetas de archivo de documentos o archivos electrónicos ubicadas en servidores de archivos, los Subdirectores Generales y Directores de Centro Penitenciario cursarán las correspondientes solicitudes de baja de usuario de red.
- d. La asignación de contraseña de acceso antes citada será realizada por el personal técnico que presta funciones de Administrador de Red, forzando el cambio de esta contraseña por parte del usuario una vez que éste accede por primera vez.
- e. La comunicación de contraseña de acceso a cada usuario se hará exclusivamente a través del personal técnico que presta funciones de Atención a Usuarios en los Servicios Centrales, o a través del personal técnico que realiza funciones de Monitor de Informática en los Centros Penitenciarios, de forma que quede corroborada la entrega a su verdadero usuario por este personal técnico, y nunca a través de una comunicación telefónica.
- f. Queda expresamente prohibido el acceso a los sistemas informáticos utilizando el nombre de usuario y contraseña de otro usuario. Los nombres de usuario y contraseñas para el acceso a la red de comunicaciones de datos de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias se considerarán a todos los efectos como personales e intransferibles.
- g. Cada usuario será responsable de la custodia en calidad de secreto de su contraseña para el acceso a la red de comunicaciones de datos de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias y de todas las consecuencias derivadas de su uso indebido.
- h. Los sistemas informáticos pedirán a los usuarios el cambio de contraseña de acceso a intervalos regulares, permitiendo la selección de sus propias nuevas contraseñas. Los usuarios no deberán utilizar contraseñas "débiles", tales como una fecha de nacimiento, palabras triviales, nombres de familiares, DNI, número de matrícula de coche, palabras incluidas en un diccionario, etc. Las contraseñas deberán al mismo tiempo ser fáciles de memorizar, para evitar que tengan que anotarse y de esta forma quedar expuestas a un uso indebido.
- i. Siempre que sea posible, los sistemas informáticos serán configurados de forma que se produzca una desconexión automática de los usuarios que habiendo accedido a la red de comunicaciones de datos mantienen esta conexión inactiva durante un período

do de tiempo que hace presumir su ausencia del puesto de trabajo. A falta de éste sistema de desconexión automática, cada usuario se responsabilizará de desconectar o bloquear el acceso a la red de comunicaciones de datos a la que ha accedido, en caso de ausentarse por cualquier razón del puesto de trabajo.

## **6.- PUESTA EN EXPLOTACIÓN DE PROGRAMAS DE ORDENADOR SOBRE SERVIDORES Y ORDENADORES PERSONALES CONECTADOS A LA RED DE COMUNICACIONES DE DATOS DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS.**

- a. La puesta en explotación de programas de ordenador desarrollados por personas o empresas ajenas a la Dirección General de Instituciones Penitenciarias sobre servidores u ordenadores personales conectados a la red de comunicaciones de datos de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias deberá ser conocida y autorizada expresamente por el Subdirector General de Servicios Penitenciarios.
- b. A partir de la fecha de entrada en vigor de esta Instrucción, sobre servidores u ordenadores personales conectados a la red de comunicaciones de datos de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias sólo estará autorizada la instalación y puesta en explotación de programas de ordenador contratados, desarrollados o específicamente autorizados por el Subdirector General de Servicios Penitenciarios.
- c. Los desarrollos de programas de ordenador por parte de los usuarios, entendidos como herramientas para facilitar las funciones de su puesto de trabajo, no deberán en ningún caso ponerse en explotación sin la autorización expresa del Subdirector General de Servicios Penitenciarios. Entre estos desarrollos de programas de ordenador por parte de los usuarios se entenderá la utilización de macros sobre documentos de ofimática (procesador de texto u hoja de cálculo), bases de datos de paquetes ofimáticos y similares, con excepción de los de mera consulta.

## **7.- UTILIZACIÓN DE ORDENADORES PERSONALES Y REDES DE COMUNICACIONES DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS**

- a. Los equipos y sistemas informáticos y de comunicaciones de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias no serán destinados a un uso personal o extralaboral.
- b. No está permitida la alteración de parte alguna de los ordenadores personales contemplados en el ámbito de aplicación de esta Instrucción, ni la conexión a éstos de otros dispositivos (asistentes personales PDA, impresoras, altavoces, audífonos, grabadores de soporte magnético u óptico, módems, etc.) a iniciativa del usuario, sin contar con la autorización expresa del Subdirector General de Servicios Penitenciarios.
- c. No está permitida la conexión a la red de comunicaciones de datos de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias de ordenadores personales, ordenadores portátiles o cualquier otro dispositivo ajenos y no contemplados en el ámbito de aplicación de ésta Instrucción. De igual forma no está permitida la conexión a la red de

comunicaciones de datos de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias de otros ordenadores o dispositivos que siendo propiedad de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias o del Organismo Autónomo "Trabajo Penitenciario y Formación para el Empleo" realicen funciones o servicios no conocidos y aprobados por el Subdirector General de Servicios Penitenciarios.

## 8.- UTILIZACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE ORDENADOR Y DE LOS DOCUMENTOS O ARCHIVOS ELECTRÓNICOS.

- a. Sólo se permitirá el almacenamiento en los ordenadores personales y en los servidores de archivos de documentos o archivos electrónicos relacionados con las funciones del puesto de trabajo de los usuarios. Este almacenamiento se hará, preferentemente, en la carpeta asignada a cada usuario en su servidor de archivos, siendo esta la única ubicación en la que se garantiza la existencia de copias de respaldo de documentos o archivos electrónicos.
- b. Sólo está autorizada la ejecución de programas de ordenador contratados, desarrollados o específicamente autorizados por el Subdirector General de Servicios Penitenciarios. Queda prohibida la carga de archivos o documentos electrónicos, y la instalación de otros programas de ordenador procedentes de otras fuentes, salvo autorización expresa de la Subdirección General de Servicios Penitenciarios.
- c. Especial consideración debe darse a todos aquellos documentos o archivos electrónicos que contengan datos de carácter personal que puedan ser susceptibles de inclusión en el ámbito de aplicación de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Los usuarios que tengan acceso a dichos archivos o documentos electrónicos deberán extremar las precauciones para evitar cualquier salida de información de los mismos que pueda hacer a la Administración o al propio usuario incurrir en algún tipo de responsabilidad.
- d. Los programas de ordenador instalados en los ordenadores personales son propiedad de la Administración Pública. Queda prohibida la utilización, copia o reproducción de estos programas de ordenador para fines no relacionados con las funciones del puesto de trabajo de los usuarios.
- e. Ante el riesgo de que documentos o archivos electrónicos provenientes de fuentes no conocidas propaguen un virus en los sistemas informáticos de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, en los ordenadores personales se ejecutará automáticamente un programa de ordenador antivirus para comprobar la ausencia de virus en documentos o archivos electrónicos recibidos a través de correo electrónico u otros soportes de información magnéticos u ópticos. Ante el riesgo de propagación de código malicioso, los equipos informáticos serán configurados de forma que los usuarios no estén autorizados a la instalación de programas de ordenador provenientes de fuentes no conocidas.
- f. Queda expresamente prohibida la extracción de archivos o documentos electrónicos de los ordenadores personales o servidores de archivos de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias. En lo anterior, el término extracción se entenderá como la copia de archivos o documentos electrónicos a cualquier tipo de dispositivo de almacenamiento o grabación, sean éstos disquetes, cd-roms, dvd-roms, discos mag-

néticos portátiles u otros dispositivos cuya finalidad sea similar. También se entenderá como extracción la transmisión de archivos o documentos electrónicos a través de cualquier tipo de redes de comunicaciones hacia sistemas informáticos *ajenos* a la Administración Pública, incluyéndose entre las formas de transmisión el envío de estos archivos o documentos electrónicos mediante sistemas de mensajería electrónica (e-mail), el acceso a Internet o el acceso a cualquier red de comunicaciones, incluyendo las inalámbricas.

## 9.- UTILIZACIÓN DEL CORREO ELECTRÓNICO O E-MAIL

- a. La Dirección General de Instituciones Penitenciarias facilita una cuenta individual de correo electrónico a los usuarios para la realización de funciones propias de su puesto de trabajo, como un servicio de mensajería electrónica interno.
- b. Los usuarios que por razones de su trabajo necesiten utilizar un servicio de mensajería electrónica con el exterior, ya sea con otras entidades de la Administración Pública, contratistas u otros, y previa solicitud motivada al Subdirector General de Servicios Penitenciarios, podrán disponer de una cuenta individual de correo electrónico con acceso al servicio de correo electrónico externo, a través de Internet, siempre que la capacidad de tráfico de datos hacia redes externas lo permita.
- c. El correo electrónico, por ser un instrumento básico de trabajo y colaboración, sólo debe ser utilizado con fines relacionados con las funciones del puesto de trabajo de los usuarios.
- d. Queda prohibida la utilización del correo electrónico con fines estrictamente personales, en las que pueda haber alguna expectativa de privacidad o secreto en las comunicaciones.
- e. Sólo aquellos usuarios que en razón del puesto que ocupan o la responsabilidad que desempeñan deban comunicarse simultáneamente con un gran número de personas estarán autorizados a realizar envíos masivos de correo electrónico. Quedan expresamente incluidos en este apartado todos los puestos de trabajo de nivel 28 o superiores de los Servicios Centrales de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias y del Organismo Autónomo "Trabajo Penitenciario y Formación para el Empleo" y los Directores de los Centros Penitenciarios.
- f. Quedan expresamente prohibidos para el resto de usuarios, los envíos masivos de archivos de imagen, vídeo o sonido, o de datos, incluyendo en esta prohibición aquellos archivos que han sido recibidos a través del servicio de correo electrónico externo.
- g. Se prohíbe expresamente la utilización de la cuenta de correo electrónico de otro usuario. El usuario al que ha sido asignada una cuenta de correo electrónico queda responsabilizado de todas las acciones derivadas de su uso.
- h. El servicio de mensajería electrónica se mantendrá protegido ante la posibilidad de propagación de virus informático o cualquier otro archivo sospechoso de contener código malicioso. Por esta razón, el programa de ordenador antivirus instalado en el servidor de correo electrónico eliminará automáticamente cualquier mensaje recibido que sea sospechoso de contener código malicioso.

## 10. ACCESO A INTERNET

- a. Los usuarios que por razones de su trabajo necesiten el acceso a Internet, y previa solicitud motivada al Subdirector General de Servicios Penitenciarios, podrán disponer de una cuenta individual de acceso a Internet, siempre que la capacidad de tráfico de datos hacia redes externas lo permita.
- b. El servicio de acceso a Internet tendrá restringida su conexión a direcciones de Internet consideradas como "listas negras". En ningún caso deberá accederse a direcciones de Internet de contenido ofensivo o atentatorio contra la dignidad humana.
- c. Por razones de seguridad informática, el acceso a Internet se limitará a la visualización y consulta de páginas Web, quedando expresamente prohibida la descarga de archivos electrónicos que constituyen programas ejecutables de ordenador.
- d. Se prohíbe expresamente la utilización de la cuenta de acceso a Internet de otro usuario. El usuario al que ha sido asignada una cuenta de acceso a Internet queda responsabilizado de todas las acciones derivadas de su uso.

## 11. DISPOSICIÓN TRANSITORIA.

Se establece un plazo de 8 (ocho) meses desde la entrada en vigor de la presente Instrucción, para que las Subdirecciones Generales de los Servicios Centrales de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias y los Directores de los Centros Penitenciarios comuniquen al Subdirector General de Servicios Penitenciarios (Jefe de Área de Desarrollo y Sistemas de Información) o, en su caso, al Jefe de Sistemas Informáticos del Organismo Autónomo "Trabajo Penitenciario y Formación para el Empleo", una relación de las aplicaciones informáticas existentes en su Unidad o Centro Penitenciario que no se ajusten a los requerimientos reseñados en la presente instrucción.

Sin perjuicio de la información complementaria que pudiera requerirse, esta comunicación deberá tener al menos el siguiente contenido:

- 1.- Nombre identificativo de la aplicación informática y empresa o persona que la ha desarrollado.
- 2.- Objetivos, funcionalidad, lenguaje y metodología de desarrollo utilizada.
- 3.- Base de datos utilizada, con indicación de si incluye datos de carácter personal.
- 4.- Valoración del impacto en la organización en caso de no ser posible su actualización, o mantenimiento (incluyendo en esto último mejoras o modificaciones de su funcionalidad y corrección de errores actuales).

## DISPOSICIÓN FINAL

La presente Instrucción entrará en vigor el 9 de enero de 2006, procediendo su difusión en los términos establecidos en el artículo 280.2.14.<sup>a</sup> del Reglamento Penitenciario.

Madrid, 15 de diciembre de 2005

LA DIRECTORA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS  
Y PRESIDENTA DEL ORGANISMO AUTÓNOMO  
"TRABAJO PENITENCIARIO Y FORMACIÓN PARA EL EMPLEO"

Fdo. Mercedes Gallizo Llamas

**C 17/2005 DGIP**

**ASUNTO:**

**PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EN MATERIA DE DROGAS EN  
INSTITUCIONES PENITENCIARIAS**

Área de aplicación: Sanidad/Tratamiento

**Descriptor: DROGODEPENDENCIA**

**I. INTRODUCCIÓN**

La intervención en materia de drogas en Instituciones Penitenciarias ha estado regulada por la Circular 5/95 de 15 de febrero, habiéndose producido desde entonces un desarrollo cuantitativo y cualitativo muy notable de los programas preventivos, asistenciales y de reincorporación social en los Centros Penitenciarios.

Han transcurrido diez años en los que se han producido importantes cambios a distintos niveles, como son la legislación, los patrones de consumo de drogas y los modelos de intervención.

En el ámbito legislativo se han promulgado diversas normas que afectan a la intervención con drogodependientes en Centros Penitenciarios, entre las que cabe destacar la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal; y la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que regulan específicamente la confidencialidad de los datos referentes a la salud y la protección de los mismos.

En cuanto a los patrones de consumo, aunque el consumo de heroína y la utilización de la vía parenteral sigue siendo importante entre la población que ingresa en prisión, ha ido adquiriendo mayor relevancia el consumo de otras drogas, principalmente cocaína.

En lo referente a los modelos de intervención, en los Centros Penitenciarios se ha producido un auge importante y han demostrado su eficacia los programas de prevención y educación para la salud, los programas de intercambio de jeringuillas, los programas de tratamiento con metadona y la intervención en módulos terapéuticos.



Partiendo de este contexto se hace necesario proceder a una actualización de las metodologías de intervención, que aborde el impulso y organización de los programas terapéuticos y su adecuación a las características actuales de la población reclusa y a la legislación vigente.

## II. ACTUALIZACIONES INTRODUCIDAS

Esta circular introduce nuevos procedimientos para la ejecución de los diversos programas de intervención, así como nuevos equipos de trabajo para la coordinación y gestión de los mismos.

**II.1. En cuanto a los programas de intervención,** se incorporan los siguientes aspectos:

- a) Se considera actividad prioritaria el programa de prevención y educación para la salud, constituyendo los mediadores de salud una de las metodologías de intervención a generalizar por la eficacia demostrada en conseguir cambios en actitudes y conductas de riesgo y de daño.
- b) El programa de intercambio de jeringuillas, eficaz para disminuir el riesgo de transmisión de enfermedades, se desarrollará de acuerdo al Programa Marco.
- c) En cuanto al programa de tratamiento con metadona se establecen dos modalidades: prescripción/dispensación e intervención psicosocial.
  - c.1. En lo referente a la prescripción y dispensación de metadona, las novedades aportadas son las siguientes:
    - el único criterio de inclusión es el diagnóstico confirmado de dependencia a opiáceos.
    - se firmará el consentimiento informado.
    - el objetivo de la analítica de control de consumo es ajustar la dosis del fármaco, el resultado es confidencial y se precisa autorización escrita del interno para comunicarlo a otras instancias y órganos.
    - no se podrá expulsar del tratamiento farmacológico por cuestiones ajenas al mismo, como son la situación procesal y las vicisitudes penales y penitenciarias.
  - c.2. En lo referente a la intervención psicosocial en internos en tratamiento con metadona, se trata de un programa de nueva regulación, en el que se establecen los objetivos, el equipo responsable, las actividades y demás aspectos metodológicos.
- d) Respecto al programa de deshabitación, se podrán incluir internos que están recibiendo tratamiento farmacológico. De igual forma, en este programa se establecen los objetivos, equipos responsables, actividades y demás aspectos metodológicos. En lo referente a la analítica de control de consumo, se establecen los objetivos y la confidencialidad de su resultado, precisando autorización escrita del interno para comunicarlo a otras instancias y órganos.

- e) En lo concerniente a la ejecución de los programas se establecen los siguientes aspectos:
- e.1. En el Centro Penitenciario se desarrollarán los modelos de programas que se exponen, esto es, de prevención, de asistencia y de reincorporación social.
  - e.2. Dependiendo de las posibilidades estructurales del Centro Penitenciario los programas se desarrollarán de acuerdo con las modalidades siguientes: ambulatoria/centro de día, módulo terapéutico o ambas.
  - e.3. En lo referente a la modalidad de módulo terapéutico, se concretan los objetivos, el equipo responsable, las actividades, metodología de intervención grupal, las fases y demás aspectos.
  - e.4. Por último, se establece un circuito asistencial, para asignar programa de intervención a los internos que demandan asistencia o que sean diagnosticados como drogodependientes, así como, para coordinar la continuación de la intervención terapéutica en los casos en los que sea preciso efectuar cambio de programa.

**II.2. En cuanto a los equipos de coordinación y gestión,** se definen los diferentes niveles de responsabilidad, introduciendo los siguientes aspectos:

- a) En cada Centro Penitenciario, el desarrollo de los programas de intervención en materia de drogodependencias estará sustentado en tres tipos de equipos:
- El Equipo Sanitario, con funciones de diseño, ejecución y evaluación de las intervenciones sanitarias.
  - El Equipo Técnico-GAD, con funciones de diseño, ejecución y evaluación de las intervenciones multidisciplinarias.
  - La Comisión GAD, con funciones fundamentalmente de coordinación del desarrollo de los programas de intervención con drogodependientes.
- b) Se define la composición, funciones y coordinación de los Equipos Técnicos-GAD, así como la participación de los profesionales extrapenitenciarios.
- c) Habrá un Coordinador en cada Equipo de profesionales que desarrolla un programa.
- d) La Comisión GAD estará compuesta por el Director del Centro, el Subdirector Médico/Jefe de los Servicios Médicos, el Subdirector de Tratamiento, los Coordinadores de cada programa con drogodependientes, así como los representantes del Plan Autonómico sobre Drogas y los representantes de ONGs.

En definitiva, a través de la presente circular, se trata de ofrecer un instrumento que defina la participación y coordinación de los profesionales penitenciarios, de los Planes Nacional y Autonómicos sobre Drogas y sobre el Sida, de otras instituciones, y de las ONGs, que posibilite la organización de soluciones múltiples y elaboradas ante una problemática cada vez más compleja y diversificada, con el fin de normalizar e integrar socialmente a los internos con problemas de drogodependencia.

Quedan sin efecto las normas de igual o inferior rango en cuanto se opongan a lo dispuesto en la presente Circular.

Madrid, a 15 de diciembre de 2005

LA DIRECTORA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

Fdo. Mercedes Gallizo Llamas

**I 18 /2005 TGP**

**ASUNTO:**

**ACTUALIZACIÓN DE LA INSTRUCCIÓN 14/2001**

Área de Aplicación: Régimen/Tratamiento.

**Descriptor: NORMAS GENERALES SOBRE INTERNOS EXTRANJEROS.**

Desde la aprobación de la Instrucción 14/2001, de fecha 14 de diciembre, se han producido numerosas modificaciones en la normativa sobre Extranjería. Así, las Leyes Orgánicas 11/2003, de 29 de septiembre, y 14/2003, de 20 de noviembre, han venido a modificar la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, que ya lo había sido por Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre. Del mismo modo, por Real Decreto 2393/2004, de 30 de diciembre, se ha aprobado el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000 que viene a sustituir al Reglamento de ejecución de la citada Ley, aprobado por Real Decreto 864/2001 de 20 de julio y, por tanto, actualmente derogado. De no menor importancia son las modificaciones introducidas por la citada Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, en el Código penal, concretamente las referidas a los apartados 1, 2 y 3 del artículo 89, donde se regula la sustitución de penas por expulsión del territorio nacional. Por último, el Consejo de Ministros, en su reunión del día 1 de julio de 2005, adoptó el Acuerdo de aprobar las Instrucciones por las que se determina el procedimiento para autorizar el desarrollo de actividades laborales por parte de los internos extranjeros.

Estos cambios normativos y la experiencia acumulada desde entonces hacen imprescindible una revisión de la Instrucción 14/2001, de 14 de diciembre, con el fin de adaptarla a los preceptos de las citadas normas y extender su contenido en materia de información y otras intervenciones con internos extranjeros.

**1.- INGRESO DE LIBERTAD Y TRASLADO DE CENTRO DE UN INTERNO EXTRANJERO**

**1.1.- Ingreso de libertad**

*a.- Información*

En el momento de ingresar en un Establecimiento Penitenciario un extranjero procedente de libertad, será informado:

Primero: Del derecho que tiene a que se ponga en conocimiento de sus Representantes Diplomáticos su ingreso en prisión, conforme al artículo 15.5. del Reglamento Penitenciario. A tal fin se facilitará al interno dentro de las 48 horas siguientes a su ingreso, el documento comprendido en Anexo I, donde se contiene el ejercicio del citado derecho, dado por escrito, para efectuar por el Director, a la mayor brevedad, tal comunicación a las Autoridades Diplomáticas. Esta comunicación se efectuará, en todo caso, cuando se trate de miembros del personal diplomático.

Segundo: Se facilitará también al interno extranjero, en el plazo máximo de 5 días desde su ingreso, hoja informativa comprendida en Anexo II, en donde se desarrolla de forma breve el derecho que le asiste, en virtud del artículo 52.2 del vigente Reglamento Penitenciario, a ser informado sobre las diferentes posibilidades que tiene de solicitar la aplicación de tratados internacionales o medidas que afecten a su situación procesal y penitenciaria, así como dirección y teléfono de su representación diplomática, para lo cuál existirán en los Centros Penitenciarios listado de direcciones y teléfonos de todas las Representaciones Diplomáticas acreditadas en España.

Teniendo en cuenta el artículo 20 del Reglamento penitenciario, corresponderá al Educador prestar la citada información.

Los documentos que se adjuntan en los Anexo I y Anexo II, están redactados en varios idiomas con el fin de facilitar su comprensión al interno extranjero.

#### *b.- Datos personales y sociales*

Admitido en el Establecimiento un recluso extranjero se procederá, conforme al artículo 18 del Reglamento penitenciario, a efectuar los diferentes trámites de identificación.

Una vez efectuados éstos, el Trabajador Social que corresponda, conforme a lo previsto en el artículo 20 del Reglamento penitenciario, integrará en el protocolo social del interno los datos referidos a los siguientes apartados:

- Vinculación familiar en España.
- Tiempo de permanencia en España.
- Situación en España irregular o regular, especificando, en este último caso, si se trata de: estancia, residencia temporal, residencia permanente.
- Expediente de expulsión.

#### *c.- Documentación*

Todo recluso extranjero debe poseer documentación, otorgada por su país de origen o residencia, que le identifique. En el SIP deberá reflejarse el n.º de pasaporte o documento que acredite su identidad y nacionalidad.

En aquellos supuestos en que el recluso extranjero se halle indocumentado, la Oficina de Régimen solicitará a la autoridad judicial de quien dependa la documentación acreditativa de su identidad. Si después de realizadas las gestiones oportunas se tiene constan-

cia de que el interno carece de documentación, se comunicará al Coordinador de Trabajo Social, quien iniciará los trámites a través del correspondiente Consulado.

La Oficina de Régimen solicitará a la Comisaría Provincial de Policía el Número de Identidad de Extranjeros (NIE), a cuya finalidad facilitará el nombre y la nacionalidad que el propio interno dice tener, las huellas dactilares y la fotografía. Recibido el NIE, se incluirá en el expediente y en el SIP. Anexo III.

#### *d.- Comunicación gubernativa*

Dentro de los cinco días siguientes a su ingreso, el Director del Establecimiento Penitenciario dará traslado a la Comisaría Provincial de Policía, de los datos personales de los extranjeros que hubieren ingresado en prisión procedentes de libertad, a efectos de lo dispuesto en la normativa vigente en materia de extranjería, en especial en cuanto a la incoación de expediente de expulsión por parte de dicha autoridad, una vez analizadas las circunstancias que concurran en cada caso. Se llevará a cabo la misma comunicación cuando un preventivo extranjero pase a la situación de penado. Anexo IV (preventivos) o Anexo V (penados).

De igual forma, se comunicará en el mismo acto en que se recibiese el mandamiento de libertad, la excarcelación de un interno extranjero que se hallase en prisión preventiva, a la Comisaría Provincial de Policía a los efectos oportunos. Anexo VI.

### **1.2.- Traslado de Centro de un interno extranjero**

Todo interno extranjero que sea trasladado a otro Establecimiento Penitenciario, tendrá derecho a comunicar su nuevo ingreso a las Autoridades Diplomáticas de su país de origen, en los términos referidos en el artículo 41.3 del Reglamento penitenciario.

Cuando se produzca el traslado de un interno extranjero a un Establecimiento de otra provincia con carácter definitivo, bien por razones regimentales, para cumplir condena u otra causa, por el Director del Establecimiento de origen se comunicará a la Comisaría Provincial de Policía. Anexo VII.

Del mismo modo el Director del Establecimiento de destino, comunicará su ingreso a la Comisaría Provincial de Policía. Anexo VIII.

El traslado del interno a otro Establecimiento Penitenciario no interrumpirá los trámites iniciados para la obtención de su documentación, cuyo resultado final será transmitido por el Establecimiento de origen al Establecimiento donde se halle el interno.

### **1.3.- Expediente penitenciario del interno extranjero**

Conforme a lo establecido en el artículo 151.4 del Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, en los expedientes personales de los extranjeros condenados se hará constar si a los mismos les ha sido incoado expediente de expulsión, así como, en su caso, el estado de tramitación en que se halle. Así mismo, se anotará este dato en el SIP.

A esos efectos, la Oficina de Régimen solicitará información a la Comisaría Provincial de Policía en el momento del ingreso y, de nuevo, en el momento de recibirse testimonio de sentencia y condena firme en los ya citados Anexo IV o Anexo V.

## 2.- EXPULSIÓN DE INTERNOS EXTRANJEROS A SUS PAÍSES DE ORIGEN O DE RESIDENCIA

### 2.1. Actuaciones relativas a internos extranjeros a sus países de origen o de residencia

*1º. Preventivos extranjeros con expulsión autorizada por el Juez a cuya disposición se encuentra (Art. 57.7 LO 4/2000).*

- Se remitirá de forma inmediata copia de la resolución judicial a la Comisaría Provincial de Policía, así como fotocopias de la hoja de filiación y de la documentación del interno acreditativa de su identidad. En el supuesto de que el interno permaneciera indocumentado, se remitirán a dicha Comisaría las huellas decadaactilares y la fotografía.
- En el caso de que el interno tuviera otra u otras causas preventivas o penadas, se comunicará dicho extremo a la autoridad judicial que hubiera autorizado la expulsión y a la Comisaría Provincial de Policía. Así mismo, a la autoridad judicial de la que dependan la otra u otras causas se comunicará la resolución judicial autorizando la expulsión.

*2º. Penados extranjeros a quienes se ha sustituido la pena inferior a seis años por expulsión (Art. 89.1 del Código penal)*

Se llevarán a cabo las actuaciones previstas en el apartado anterior.

En materia de clasificación, teniendo en cuenta los artículos 64.2 de la LOGP y 103 del RP, así como la Disposición adicional decimoséptima de la LO 19/2003, de 23 de diciembre, de modificación de la Ley Orgánica del Poder Judicial, en los supuestos de condenados a penas inferiores a seis años a quienes se les haya sustituido la pena por expulsión, se procederá de la siguiente forma:

Transcurrido un mes desde la recepción del testimonio de sentencia sin haberse llevado a efecto la expulsión acordada, la Oficina de Régimen comunicará dicha circunstancia al Juez o Tribunal Sentenciador.

La Junta de Tratamiento elevará propuesta de clasificación del penado en la última sesión que celebre dentro del plazo de dos meses desde la recepción del testimonio de sentencia, en el caso de que no se haya ejecutado su expulsión. Si después de elevada dicha propuesta se llevara a efecto la expulsión se comunicará de modo inmediato, vía fax, al Área de Tratamiento. Del mismo modo se comunicará, en su caso, la resolución del Juez o Tribunal Sentenciador que acuerde el cumplimiento de la pena originariamente impuesta al no poder llevarse a efecto la expulsión.

*3º. Penados extranjeros a quienes se ha sustituido la pena igual o superior a seis años por expulsión al acceder al tercer grado o al cumplimiento de las tres cuartas partes (Art. 89.1 del Código penal)*

- Cuando en la Sentencia se acuerde la expulsión al acceder el penado al tercer grado, la Junta de Tratamiento tendrá en cuenta esta previsión para, en caso de que proceda, elevar propuesta de progresión a esos efectos.
- Una vez firme la clasificación en tercer grado, la Oficina de Régimen comunicará dicho extremo a la Comisaría Provincial de Policía y al Juez o Tribunal Sentenciador. Del mismo modo notificará con tres meses de antelación la fecha de cumplimiento de las tres cuartas partes de la condena.

## **2.2. Actuaciones relativas a penados extranjeros a quienes en sentencia no se ha sustituido la pena o parte de la misma por expulsión**

*Remisión de informes al tribunal sentenciador:*

Examinados en el testimonio de sentencia los motivos de la no sustitución de la pena por expulsión, se seguirán las siguientes actuaciones:

1. Tratándose de penas inferiores a seis años, se remitirán al Tribunal Sentenciador, una vez cumplida la mitad de la condena, informe penal-penitenciario del interno y, en su caso, social, así como la solicitud de éste si la hubiera presentado, interesando la posibilidad de sustituir el resto de la pena por la expulsión, dado que con el tiempo de condena cumplido pueden haberse satisfecho las distintas funciones o fines de la pena.

2. Por los mismos motivos, en penas iguales o superiores a seis años, se remitirán los informes anteriormente señalados y la solicitud del interno, en su caso, al Tribunal Sentenciador y al Ministerio Fiscal, bien tres meses antes del cumplimiento de las tres cuartas partes de la condena, bien una vez haya sido clasificado en tercer grado.

No procederá llevar a cabo estas actuaciones cuando se trate de penados extranjeros condenados por alguno de los delitos previstos en el artículo 89.4 del Código Penal. Tampoco procederá cuando el penado se encuentre en situación de residencia legal o en condiciones de obtener dicha residencia. Téngase en cuenta a estos efectos que, en principio, tendrían residencia legal los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte del Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo, así como sus familiares -cónyuge, descendientes menores de veintiún años y ascendientes que vivan a sus expensas- y los familiares de ciudadanos españoles. Todos estos extranjeros constituyen el ámbito de aplicación del Real Decreto 178/2003, de 14 de febrero, dictado conforme al Derecho comunitario en materia de extranjería.

El control de los plazos señalados corresponderá a la Oficina de Régimen, que informará con antelación suficiente al Jurista y al Trabajador Social que corresponda, a fin de que lleven a cabo las actuaciones anteriormente descritas.

### 2.3. Expulsión administrativa al cumplimiento de la condena (Artículo 57.2 de la Ley 4/2000)

Conforme al artículo 151.4 del Reglamento de la Ley 4/2000 y del artículo 26 del Reglamento Penitenciario, los Directores de los establecimientos penitenciarios notificarán a la Comisaría Provincial de Policía respectiva de su demarcación, con tres meses de anticipación, la excarcelación de extranjeros que hubieran sido condenados por delito doloso sancionado con pena privativa de libertad superior a una año, a los efectos de que, en su caso, se proceda a su expulsión. Anexo IX.

### 3.- CLASIFICACIÓN DE PENADOS SUJETOS A PROCEDIMIENTO O RESOLUCIÓN DE EXTRADICIÓN.

La prisión preventiva por un procedimiento de extradición no tiene "strictu sensu" la misma naturaleza jurídica que la prisión provisional establecida en el procedimiento penal, tal como establece la doctrina del Tribunal Constitucional -Sentencias 5/1998, de 12 de enero, y 72/2000, de 13 de marzo-: a los expedientes de extradición no le son aplicables en bloque las normas materiales y procesales sobre la prisión provisional prevista en la Ley de Enjuiciamiento Criminal. En consecuencia, hasta tanto pueda hacerse efectiva la extradición acordada por la Audiencia Nacional, el interno puede cumplir las causas penadas por Tribunales españoles de conformidad con el sistema de grados establecido en el artículo 72.1 de la LOGP, y las Juntas de Tratamiento procederán a proponer la clasificación que corresponda.

Con independencia de ello, deberán adoptarse todas las medidas necesarias para asegurar el cumplimiento de la resolución de extradición y evitar cualquier situación o salida que pudiera poner en riesgo la misma. Lógicamente, para cualquier eventual salida o permiso del interno deberá solicitarse autorización previa al órgano judicial que tiene decretada la prisión provisional en la causa de extradición.

### 4.- PROCEDIMIENTOS DE TRASLADO Y SALIDA EN LIBERTAD CONDICIONAL DE EXTRANJEROS A SUS PAÍSES DE ORIGEN O DE RESIDENCIA.

#### *SUPUESTOS:*

*1.º Traslado de personas extranjeras condenadas a sus países de origen, para continuar cumpliendo su condena por el Convenio de Estrasburgo y otros Convenios Bilaterales.*

El cumplimiento de condena en el propio país, conforme al Convenio de Estrasburgo -Consejo de Europa, 1983- y a otros Convenios en esta materia, tiene como fin principal favorecer la reinserción social, sin olvidar el efecto humanizador en la ejecución.

#### *Procedimiento:*

a.- Tramitación: La Oficina de Régimen remitirá a la Subdirección General de Cooperación Jurídica Internacional del Ministerio de Justicia, la solicitud del interno, Anexo X, adjuntando los documentos que se relacionan a continuación para dos posibles supuestos:



1.<sup>a</sup> Cuando, después del examen por el Jurista de las circunstancias del interno, se compruebe que no reúne los requisitos para el traslado de personas condenadas, concretamente por tener una o varias responsabilidades preventivas o porque el tiempo de condena que le resta por cumplir es inferior a seis meses, se remitirá escrito haciendo constar dicha circunstancia junto con la solicitud.

2.<sup>a</sup> Cuando el interno reúna los requisitos señalados, junto a la solicitud se remitirán los siguientes documentos:

- \* Copia compulsada por el Director del Testimonio o Testimonios de Sentencia.
- \* Auto(s) de firmeza de la Sentencia (s), si consta en el Centro.
- \* Liquidación judicial de la condena (s).
- \* Certificado sobre el tiempo que le falta para cumplir su condena(s), que en ningún caso será inferior a seis meses.
- \* Informe penal y penitenciario, haciendo constar la siguiente información: responsabilidades pendientes (incluyendo procedimiento o resolución de extradición) y situación de las mismas, en su caso. Fecha probable de cumplimiento de condena, con aplicación de beneficios penitenciarios en vigor, de las 2/3 partes, 3/4 partes y definitiva. Si se encuentra clasificado y, en este caso, grado de clasificación y fecha de la última clasificación. Cuando exista expediente de libertad condicional en tramitación, información sobre la fecha de su elevación al Juzgado de Vigilancia y situación del mismo.

De la misma manera, se notificará, en el momento de producirse, cualquier modificación de la situación del interno que pueda tener influencia en la tramitación del expediente de traslado de de personas condenadas.

Asimismo, la Oficina de Régimen remitirá copia de la solicitud del interno (Anexo X) al Área de Intervención de Colectivos Especiales de la Subdirección General de Gestión Penitenciaria.

b.- Concesión: Si el Consejo de Ministros acuerda la autorización del traslado, la Subdirección General de Cooperación Jurídica lo comunicará al Establecimiento Penitenciario. Una vez anotado en su expediente personal se realizará comunicación a la Dirección General de la Policía (INTERPOL) para fijar fecha y entrega.

*2°.- Cumplimiento de la libertad condicional en su país de residencia, artículos 90 y siguientes de la Ley Orgánica 10/95 del Código Penal y artículo 197 del Reglamento Penitenciario.*

*Procedimiento:*

a.- Tramitación: Próximo el cumplimiento de las 3/4 partes o en su caso de las 2/3 partes de la condena, conforme a los artículos 192 y siguientes del Reglamento Penitenciario, se elevará el expediente de libertad condicional del interno extranjero al Juez de Vigilancia, que incluirá la petición expresa del interno. Anexo XI.

Con el fin de garantizar que el interno, una vez autorizado a cumplir la libertad condicional en su país de residencia, salga del territorio nacional, se solicitará del Juez de

Vigilancia en el expediente de libertad condicional que autorice las medidas de control necesarias para garantizar la salida efectiva y que imponga, como regla de conducta, no regresar a España, antes de la fecha prevista de licenciamiento definitivo, sin la previa autorización de dicho órgano judicial.

b.- Concesión: Una vez autorizada por el Juez de Vigilancia la posibilidad de cumplir en su país de residencia el periodo de libertad condicional, se remitirá de forma inmediata, copia de la resolución a la Comisaría Provincial de Policía, solicitando, si el Juez así lo establece, que se dispongan las medidas necesarias tendentes a asegurar la salida efectiva del territorio nacional del interno.

## **5.- AUTORIZACIÓN PARA EL EJERCICIO DE ACTIVIDADES LABORALES A PENADOS EXTRANJEROS EN RÉGIMEN ABIERTO O EN LIBERTAD CONDICIONAL**

En aplicación de la Disposición adicional primera.4 del Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, el Consejo de Ministros adoptó el pasado 1 de julio Acuerdo por el que se aprueban las Instrucciones por las que se determina el procedimiento para autorizar el desarrollo de actividades laborales, por parte de los internos extranjeros en los talleres productivos de los Centros Penitenciarios, y el ejercicio de actividades laborales a penados extranjeros en régimen abierto o en libertad condicional.

La Instrucción Segunda de dicho Acuerdo establece: Cuando la condena de un penado extranjero no haya sido sustituida por la sanción de expulsión por el Juez o Tribunal sentenciador, la Subdelegación del Gobierno, o Delegación del Gobierno en las Comunidades Autónomas uniprovinciales, podrá conceder validez de autorización de trabajo a la resolución de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias de clasificación en tercer grado o al Auto del Juez de Vigilancia por el que acuerda dicha clasificación o la concesión de libertad condicional, siempre que el penado reúna una de las siguientes condiciones:

### **5.1. Encontrarse en la situación de residencia o en la de estancia por estudios, en el momento de producirse la condena, teniendo en cuenta la posibilidad que establece el artículo 31.4 de la Ley Orgánica 4/2000.**

- Situación de residencia: Conforme al art. 30 bis de la LO 4/2000, son residentes los extranjeros que se encuentren en España y sean titulares de una autorización para residir. Los residentes podrán encontrarse en situación de residencia temporal o residencia permanente. Sin embargo, ha de tenerse en cuenta lo señalado en el apartado 2.1 respecto a los nacionales comunitarios, sus familiares y los familiares de ciudadanos españoles (Real Decreto 178/2003, de 14 de febrero).

La condición de residente se acreditará, de modo preferente, a través del correspondiente visado o de la tarjeta de identidad de extranjero, vigente en el momento de la condena y teniendo en cuenta que la autorización inicial de residencia temporal tiene la duración de un año y la renovación una vigencia de dos años. Dicha renovación ha de solicitarse personalmente ante el órgano competente para su tramitación, durante los sesenta

días previos a la fecha de expiración de la vigencia de su autorización. En el supuesto de que la Administración no resuelva expresamente en el plazo de tres meses desde la presentación de la solicitud, se entenderá que la resolución es favorable. (Arts. 35 y 37 del Reglamento de la LO 4/2000). Otros medios de acreditación pueden ser el Testimonio de Sentencia, cuando se declare en el mismo la condición de residente legal del penado, o certificación de la autoridad competente sobre la situación del penado extranjero.

- Estancia por estudios: La situación del extranjero en régimen de estudiante será la de estancia y la duración de la autorización será igual a la del curso para el que esté matriculado...La autorización se prorrogará anualmente si el titular demuestra que sigue reuniendo las condiciones requeridas para la expedición de la autorización inicial. (art. 33 LO 4/2000).

Los extranjeros que se encuentren en España en situación de estancia por estudios o investigación de duración superior a seis meses, deberán solicitar y obtener la tarjeta de estudiante para acreditar su condición. (Art. 106 del citado Reglamento).

**5.2. Encontrarse, en el momento de la condena o en el de la resolución de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias de clasificación en tercer grado o Auto del Juez de Vigilancia por el que se acuerda dicha clasificación o la concesión de libertad condicional, en uno de los supuestos del artículo 45 del Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000 aprobado por Real Decreto 2393/2004, para la obtención de una autorización de residencia temporal por circunstancias excepcionales.**

La documentación acreditativa de encontrarse en alguno de dichos supuestos, que a continuación se describen de forma resumida, habrá de ser aportada por el interno, salvo aquella de la que se tenga constancia en el Centro Penitenciario.

*Artículo 45. 2. Supuestos de arraigo:*

a) Por arraigo laboral, los extranjeros que acrediten la permanencia continuada en España durante un período mínimo de dos años, siempre que carezcan de antecedentes penales en España y en su país de origen, y que demuestren la existencia de relaciones laborales cuya duración no sea inferior a un año.

b) Los extranjeros que acrediten la permanencia continuada en España durante un período mínimo de tres años y bien acrediten vínculos familiares con otros extranjeros residentes, bien presenten un informe que acredite su inserción social emitido por el Ayuntamiento en el que tenga su domicilio habitual.

A estos efectos, los vínculos familiares se entenderán referidos exclusivamente a los cónyuges, ascendientes y descendientes en línea directa.

c) Cuando se trate de hijos de padre o madre que hubieran sido originariamente españoles.

*Art. 45.3. Protección internacional:*

Los extranjeros a quienes el Ministerio del Interior haya autorizado la permanencia en España conforme a lo previsto en el artículo 17.2 de la Ley 5/1984, de 26 de marzo, regu-

ladora del derecho de asilo y de la condición de refugiado, así como a los extranjeros desplazados en el sentido regulado por el Reglamento sobre régimen de protección temporal en caso de afluencia masiva de personas desplazadas, aprobado por el Real Decreto 1325/2003, de 24 de octubre. Asimismo, se podrá conceder una autorización de residencia temporal en los casos a los que se refieren los artículos 31.4 y 34.1 del Reglamento de aplicación de la Ley 5/1984, de 26 de marzo, reguladora del derecho de asilo y de la condición de refugiado.

*Art. 45.4. Supuestos por razones humanitarias:*

a) Los extranjeros víctimas de los delitos tipificados en los artículos 311 a 314 del Código Penal, de delitos en los que haya concurrido la circunstancia agravante de comisión por motivos racistas, antisemitas o de otra clase de discriminación, tipificada en el artículo 22.4.<sup>a</sup>, del Código Penal, o de delitos por conductas violentas ejercidas en el entorno familiar, siempre que haya recaído sentencia por tales delitos.

b) A los extranjeros que acrediten sufrir una enfermedad sobrevenida de carácter grave que requiera asistencia sanitaria especializada, de imposible acceso en su país de origen, y que el hecho de ser interrumpida o de no recibirla suponga un grave riesgo para la salud o la vida.

c) A los extranjeros que acrediten que su traslado al país del que son originarios o proceden, a efectos de solicitar el visado que corresponda, implica un peligro para su seguridad o la de su familia, y que reúnen los demás requisitos para obtener una autorización temporal de residencia o de residencia y trabajo.

*Art. 45.5. Los extranjeros que colaboren con las autoridades administrativas, policiales, fiscales o judiciales, o cuando concurran razones de interés público o seguridad nacional que justifiquen la necesidad de autorizar su residencia en España.*

**5.3. Encontrarse, en el momento de la condena o en el de la resolución de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias de clasificación en tercer grado o Auto del Juez de Vigilancia por el que se acuerda dicha clasificación o la concesión de libertad condicional, en uno de los supuestos del art. 72 del Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, para la obtención de una autorización de residencia permanente.**

Se aportará la documentación que acredite la residencia legal previa en España durante cinco años (tarjeta de identidad de extranjero) o, en su caso, que el extranjero se encuentra en alguno de los supuestos recogidos en el art. 72.3.

**5.4. Los extranjeros a quienes se hubiera autorizado a trabajar al amparo del art. 66.5 del Reglamento de ejecución de la LO 4/2000, aprobado por Real Decreto 864/2001, de 20 de julio, actualmente derogado, podrán volver a ser autorizados a trabajar siempre y cuando subsistan las condiciones que motivaron en aquel momento la concesión de validez como permiso o autorización de trabajo a otro tipo de documentación.**

En aplicación de lo establecido en el apartado 2 de la Instrucción Segunda del citado Acuerdo del Consejo de Ministros, el Director del Establecimiento dará traslado de su resolución, o del Auto del Juez de Vigilancia, a la Delegación o Subdelegación del Gobierno competente, a los efectos de la instrucción del expediente de concesión de validez de autorización de trabajo, y a la Dirección General de Inmigración.

Por último, la Junta de Tratamiento, antes de proceder al estudio y posible propuesta de clasificación o progresión a tercer grado de un penado extranjero con el objeto de desarrollar una actividad laboral en el exterior, deberá valorar si el interno reúne una de las condiciones anteriormente descritas.

## 6.- INTERVENCIÓN EDUCATIVA CON INTERNOS EXTRANJEROS

Existen razones empíricas y normativas para prestar una especial atención a la intervención educativa con internos extranjeros, cuyo número ha experimentado un incremento constante en los últimos años.

La Ley Orgánica General Penitenciaria, de 26 de septiembre de 1979, no hace referencia alguna a los "internos extranjeros", es decir, no tiene en cuenta la condición de extranjero para anudar a la misma consecuencias específicas en materia de régimen y tratamiento penitenciarios, que deben regirse por el principio general de igualdad y no discriminación, conforme al artículo 3 de la citada Ley y, expresamente, en el artículo 118.2 del Reglamento penitenciario. En consecuencia, los internos extranjeros pueden acceder, en igualdad de condiciones que los nacionales, a los programas de intervención educativa que se llevan a cabo en los Centros Penitenciarios; sin embargo, sus carencias en conocimientos y en habilidades cognitivas y sociales pueden ser más acusadas y dificultar con mayor intensidad su integración en la sociedad y en los Centros Penitenciarios, especialmente si desconocen el idioma y su cultura muestra diferencias esenciales con la propia del país que les ha acogido.

El Reglamento penitenciario de 1996, siguiendo las recomendaciones del Consejo de Europa, prevé actuaciones específicas con los reclusos extranjeros en materia de información de derechos y especificidades en el cumplimiento de sus condenas, aprendizaje del idioma castellano y lengua cooficial de la respectiva Comunidad Autónoma, comunicación con representantes diplomáticos, libertad condicional y educación, proclamando el carácter prioritario que ha de tener la formación básica de los internos extranjeros (art. 123.1).

Teniendo en cuenta los factores empíricos y los criterios normativos señalados, se considera necesario intensificar la intervención educativa con los internos extranjeros en una doble dirección:

### *a) Programas educativos generales:*

El objetivo será procurar que los internos extranjeros participen en los programas educativos generales que se desarrollen en cada Centro, siguiendo los itinerarios educativos de alfabetización, educación primaria, formación profesional y enseñanzas superiores.

### *b) Programas específicos:*

Con el fin de contribuir al desarrollo personal de los internos extranjeros, así como a su integración en una sociedad democrática, tolerante y pacífica, se considera necesari-

rio que en todos los Centros Penitenciarios se desarrollen los siguientes programas específicos:

- Programa de idioma y educación primaria.
- Programa de formación multicultural.
- Programa de educación en valores y habilidades cognitivas.

La ejecución de estos programas, si bien puede tener un carácter flexible y abierto, ha de conformarse a las directrices contenidas en el Plan Marco de Intervención Educativa con Internos Extranjeros de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, que ha sido remitido a los Centros en el pasado mes de agosto. En dicho Plan se proponen objetivos, actividades y técnicas desde la consideración de los siguientes principios rectores:

- Los reclusos extranjeros han de tener las mismas oportunidades de acceso a los programas de tratamiento que se desarrollan en el Centro Penitenciario.
- El conocimiento de la lengua y del acervo histórico y cultural de la sociedad de acogida constituye un instrumento básico para facilitar la comunicación y la integración social.
- En orden a una convivencia pacífica y tolerante, adquieren una especial relevancia el conocimiento y respeto a las distintas culturas, en tanto en cuanto sus manifestaciones no sean contrarias a los valores constitucionales y derechos humanos sobre los que todos los ciudadanos, incluidos los extranjeros, han de recibir una educación suficiente.

## 7.- EJECUCIÓN DE CONDENAS IMPUESTAS POR TRIBUNALES PENALES INTERNACIONALES O POR LA CORTE PENAL INTERNACIONAL.

*Normativa vigente:*

\* Ley Orgánica 15/1994, de 1 de junio, de Cooperación con el Tribunal Internacional para el enjuiciamiento de los presuntos responsables de violaciones graves del Derecho Internacional humanitario cometidas en el territorio de la ex - Yugoslavia.

\* Acuerdo entre las Naciones Unidas y el Reino de España sobre ejecución de condenas impuestas por el Tribunal Penal Internacional para la ex Yugoslavia de 28 de marzo de 2000.

\* Ley Orgánica 4/1998, de 1 de julio, Cooperación con el Tribunal internacional para Ruanda.

\* Ley Orgánica 6/2000, de 4 de octubre, por la que se autoriza la ratificación por España del Estatuto de la Corte Penal Internacional, que fue firmado por España el 18 de julio de 1998.

\* Ley Orgánica 18/2003, de 10 de diciembre, de Cooperación con la Corte Penal Internacional.

*Autoridades competentes:*

En todos los casos, en el plano orgánico, la Audiencia Nacional y en el político y administrativo el Ministerio de Justicia, que es también el órgano de consulta con la Corte.

*Detención:*

Cuando la orden de detención de la Corte se refiera a una persona que se encuentre cumpliendo condena impuesta por Tribunales españoles o por los de un tercer Estado desde el cual hubiere sido trasladada a España para su cumplimiento, la autoridad penitenciaria competente (el Director del Centro) informará con antelación suficiente sobre la fecha de excarcelación al Juez Central de Instrucción y al Ministerio de Justicia, que informará a la Corte sobre la fecha prevista de excarcelación.

*Ejecución de penas privativas de libertad:*

Las condiciones de reclusión se regirán por la legislación española, con sujeción a la supervisión de la Corte o del Tribunal Penal Internacional, y con las especificidades previstas en las normas citadas, entre las que cabe destacar:

\* Las autoridades nacionales españolas están vinculadas por la duración de la condena. Sólo la Corte o el Tribunal sentenciador podrán decidir la reducción de la pena. Cuando el recluso haya cumplido las 2/3 partes de la pena, la Corte examinará si ésta puede reducirse. A estos efectos, el Director del Centro Penitenciario notificará al Ministerio de Justicia (Dirección General de Cooperación Jurídica Internacional), con tres meses de antelación, la fecha previsible de dicho cumplimiento.

\* Cuando, de conformidad con la legislación nacional española aplicable, la persona condenada pueda beneficiarse de una excarcelación anticipada, el Director del Centro Penitenciario lo notificará al Ministerio de Justicia para su traslado al Secretario del Tribunal Internacional. La misma comunicación se realizará:

- Cuando falten dos meses para que finalice la ejecución de la condena.
- Si la persona condenada se ha evadido o ha incurrido en quebrantamiento de condena.
- Si la persona condenada ha fallecido.

\* El Director del Centro Penitenciario comunicará al Juez Central de Vigilancia Penitenciaria el ingreso de la persona condenada en un plazo de veinticuatro horas.

\* Las comunicaciones antes señaladas se enviarán también, vía fax, al Área de Intervención de Colectivos Especiales.

## 8.- DISPOSICIONES ADICIONALES

### PRIMERA.- NOTIFICACIÓN DE FALLECIMIENTO DE INTERNOS EXTRANJEROS

Artículo 280.11 del Reglamento Penitenciario. El Director del Establecimiento Penitenciario dispondrá lo necesario para comunicar inmediatamente al familiar más próximo o a la persona designada por el interno, en los casos de muerte, enfermedad o accidente grave del mismo, y por extensión al Consulado del país de nacionalidad del interno.

### SEGUNDA.- ESTADÍSTICAS

Las hojas comprendidas en el Anexo XII, serán debidamente cumplimentadas por todos los Establecimientos Penitenciarios y remitidas del 1 al 10 de cada mes al Área de

Intervención de Colectivos Especiales, Subdirección General de Tratamiento y Gestión Penitenciaria, con los datos referidos al mes anterior.

#### TERCERA.- INFORMACIÓN

Todas aquellas cuestiones que surjan con ocasión de los procedimientos relacionados con internos extranjeros podrán plantearse al Área de Intervención de Colectivos Especiales de la Subdirección General de Tratamiento y Gestión Penitenciaria.

#### CUARTA.- COMUNICACIONES CON REPRESENTACIONES DIPLOMÁTICAS

Todas aquellas peticiones de información que los representantes diplomáticos acreditados en nuestro país cursen a los Establecimientos Penitenciarios en relación a internos extranjeros; serán remitidas al Área de Intervención de Colectivos Especiales, Subdirección General de Tratamiento y Gestión Penitenciaria, para su debida tramitación.

#### QUINTA.- EXPEDIENTE PERSONAL DEL INTERNO

Todas las solicitudes y/o notificaciones a las diferentes Autoridades recogidas en la presente circular deberán ser anotadas en el expediente personal del interno.

#### 9.- DISPOSICIÓN DEROGATORIA

Queda derogada la Instrucción 14/2001, de 14 de diciembre sobre "Adaptación de las Normas Generales sobre internos extranjeros a la Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, en su redacción dada por la Ley Orgánica 8/200, de 22 de diciembre".

#### 10.- DISPOSICIÓN FINAL

La presente Instrucción entrará en vigor al día siguiente de su recepción en los Centros Penitenciarios. De la misma se dará lectura en la primera sesión del Consejo de Dirección y de la Junta de Tratamiento, procediendo a su difusión en los términos establecidos en el art.º 280.2.14.ª del Reglamento penitenciario.

Madrid, 21 de diciembre de 2005

LA DIRECTORA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

Fdo. Mercedes Gallizo Llamas



**I 19 /2005 DGIP**

**ASUNTO:**

**PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO**

Área de Aplicación: Centros Penitenciarios.

**Descriptor: MEDIDAS DE PROTECCIÓN DE PROTECCIÓN DEL TABAQUISMO EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS.**

La Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladoras de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco (B.O.E. de 27 de diciembre), ha venido a establecer una serie de medidas dirigidas a la prevención del tabaquismo.

Entre las medidas contenidas en dicha ley, figura la prohibición de fumar en centros y dependencias de las Administraciones Públicas y entidades de Derecho Público, tipificándose como infracción fumar o permitir fumar en estos lugares.

Por su parte la Disposición Adicional sexta establece un régimen especial para los Establecimientos Penitenciarios, exceptuando a los economatos de los Centros de la prohibición de venta y suministro de tabaco y permitiendo habilitar zonas para fumar en los Establecimientos Penitenciarios.

Ante la próxima entrada en vigor, el día 1 de enero de 2006, de la citada Ley, esta Dirección General considera procedente dictar las siguientes instrucciones:

**PRIMERA.-**

A partir del próximo día 1 de enero de 2006, quedará totalmente prohibido fumar en los espacios de trabajo de los funcionarios en los Centros Penitenciarios que no sean locales específicamente destinados a los internos. En dichos espacios no cabe habilitación de zona alguna para el consumo de tabaco. Es decir, la prohibición de fumar rige en todo el área física ya sean despachos individuales o compartidos por varias personas, salas de reuniones, pasillos, salas de espera, salas de descanso, vestíbulos, cuartos de baño o cualquier otro destinado específicamente a los funcionarios de instituciones penitenciarias.

**SEGUNDA.-**

Se procurará garantizar que los internos no fumadores dispongan de celdas libres de humo. Para ello se informará a todos los internos a través de hojas informativas colocadas en lugares bien visibles y directamente a través del personal que el Director designe, de que aquellos que no quieran compartir celda con internos fumadores así lo señalen, a fin de ubicarlos en celdas de no fumadores.

Respecto a los nuevos ingresos, en el momento de la clasificación interior se tendrá en cuenta, junto a los criterios de clasificación establecidos reglamentariamente, la condición de fumador o no fumador del interno, o si aún no siéndolo no se opone a compartir celda con un fumador, para asignarles la pertinente celda, circunstancia de la que se dejara constancia por escrito firmado por el interno.

Si un interno cambia su condición de fumador a no fumador o viceversa, podrá comunicarlo oficialmente para los efectos oportunos.

**TERCERA.-**

Estará permitido fumar en las zonas al aire libre. En las dependencias comunes cerradas no se permitirá fumar en enfermería, consultas médicas, comedores de uso exclusivo, economatos, talleres productivos y ocupacionales, almacenes, polideportivos cubiertos, cocina, escuela, biblioteca, servicios generales, duchas, salón de actos y locutorios.

Se habilitarán zonas de fumadores en el resto de las salas comunes, que contarán con la debida señalización.

Para el caso de que una sala se utilice además cómo comedor para otros usos, no se permitirá fumar en el momento de su utilización como comedor.

**CUARTA.-**

La celdas donde convivan madres con hijos serán necesariamente de no fumadoras. En cualquier caso en los departamentos de madres, se podrán habilitar espacios separados para las madres fumadoras a los que no podrán tener acceso los hijos de éstas.

**QUINTA.-**

En las salas o habitaciones de comunicaciones familiares o íntimas, se podrá fumar, si tanto los familiares como el interno así lo desean. No obstante, los Centros que dispongan de varias salas para estos fines deberán destinar un número suficiente para comunicaciones libres de humo.

**SEXTA.-**

Las zonas de fumadores y no fumadores estarán debidamente señalizadas. A este respecto, los carteles y elementos de señalización necesarios para todos los espacios públicos afectados pueden ser descargados en PDF de la página Web del Ministerio de Sanidad y Consumo ([www.msc.es](http://www.msc.es)).

**SÉPTIMA.-**

En los economatos de los Centros Penitenciarios se podrá seguir realizando la venta o suministro de productos del tabaco. En lugar visible en el exterior de los mismos se instalarán carteles, de acuerdo con las normas autonómicas en su respectivo ámbito territorial, que adviertan sobre los perjuicios para la salud derivados del uso del tabaco.

**OCTAVA.-**

Por la persona o personas que el Director designe se controlará la observancia de la prohibición de fumar en las zonas no habilitadas para ello, tanto por parte de funcionarios como internos.

NOVENA.-

Se deberán facilitar a los empleados públicos e internos que consideren que en los Establecimientos Penitenciarios se produce un incumplimiento de las presentes instrucciones, los instrumentos precisos para que presenten las oportunas quejas o denuncias ante los superiores jerárquicos inmediatos o los Directores de los Centros.

DISPOSICIÓN FINAL

La presente Instrucción entrará en vigor al día siguiente de su recepción en los Centros penitenciarios. De la misma se dará lectura en la primera sesión del Consejo de Dirección y de la Junta de Tratamiento, procediendo a su difusión en los términos establecidos en el art.º 280.2.14.ª del Reglamento Penitenciario.

Madrid, 29 de diciembre de 2005

LA DIRECTORA GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

Fdo. Mercedes Gallizo Llamas

# **JURISPRUDENCIA PENITENCIARIA**



## *Servicio de Estudios y Documentación*

### **Jurisprudencia Penitenciaria**

#### **MATERIAS:**

**ACUMULACIÓN DE CONDENAS/ASISTENCIA LETRADA:** Sentencia del TS 1049/2004 de 24-09-2004; Sentencia del TS 1477/2004 de 10-12-2004

**ASISTENCIA SOCIAL PENITENCIARIA/COMPETENCIAS DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS:** Sentencia del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco n.º 188/2005 de 04-03-2005

**BENEFICIOS PENITENCIARIOS:** Sentencia del TS 168/2005 de 14-02-2005

**CLASIFICACIÓN:** Sentencia del TC 167/2005 de 20-06-2005

**DERECHO A LA DEFENSA:** Sentencia del TS 813/2004 de 21-07-2004;

**DERECHO A LA LIBERTAD:** Sentencia del TC 332/2005 de 12-12-2005

**EXPULSIÓN DE EXTRANJEROS/SUSTITUCIÓN DE PENAS:** Sentencia del TS 1249/2004 de 28-10-2004; Sentencia del TC 15/2005 de 31-01-2005; Sentencia de la Audiencia Provincial de Madrid de 15-10-2004; Auto del TS 1472/2004 de 23-09-2004; Sentencia del TS 1546/2004 de 21-12-2004

**EXTRADICIÓN:** Sentencia del TC 181/2004 de 02-11-2004; Sentencia del TC 183/2004 de 02-11-2004

**FACULTATIVOS DE SANIDAD PENITENCIARIA/JORNADA LABORAL:** Sentencia del TS, Sala 3.ª, de 14-05-2004

**FIES/VISITAS:** Sentencia de la Audiencia Nacional de 01-03-2004

**FUNCIONARIOS DE II.PP./EXCLUSIONES MÈDICAS:** Sentencia de la Audiencia Nacional de 26-05-2004. **FALTA DE RENDIMIENTO:** Sentencia del TC 129/2005 de 23-05-2005

**LIBERTAD SINDICAL/INDEMNIZACIÓN POR RESIDENCIA:** Sentencia del TC 92/2005 de 18-04-2005

**MEDIDAS DE SEGURIDAD:** Sentencia del TS 369/2004 de 11-03-2004

**PERMISOS DE SALIDA:** Sentencia del TC 24/2005 de 14-02-2005; Sentencia del TC 87/2005 de 18-04-2005. Sentencia del TC 299/2005 de 21-11-2005.

**PRISIÓN PREVENTIVA:** Sentencia del TC 155/2004 de 20-09-2004; Sentencia del TC 191/2004 de 02-11-2004; Sentencia del TC 16/2005 de 01-02-2005; Sentencia del TC 99/2005 de 18-04-2005; Sentencia del TC 179/2005 de 04-07-2005; Sentencia del TC 211/2005 de 18-07-2005

**RECURSOS EN MATERIA PENITENCIARIA:** Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos de 08-02-2005; Sentencia del TC 87/2005 de 18-04-2005; Sentencia del TC 235/2005 de 26-09-2005. Sentencia del TC 227/2005 de 12-09-2005; Sentencia del TC 270/2005 de 24-10-2005.

**RÉGIMEN DISCIPLINARIO:** Sentencia del TC 42/2005 de 28-02-2005; Sentencia del TC 52/2005 de 14-03-2005; Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos de 08-02-2005; Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos de 12-04-2005; Auto del TC 233/2005 de 06-06-2005.

**RESPONSABILIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN PENITENCIARIA:** Sentencia del TS, Sala 3.<sup>a</sup>, de 22-10-2004; Sentencia del TS, Sala 3.<sup>a</sup>, de 12-04-2005

**SUSPENSIÓN DE LA PENA:** Sentencia del TC 202/2004 de 15-11-2004; Sentencia del TC 248/2004 de 20-12-2004; Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos de 21-04-2005

**TORTURA:** Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos de 20-01-2005; Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos de 27-01-2005.

# **NOTICIARIO**





### PREMIO NACIONAL VICTORIA KENT 2005 PARA EL FOMENTO DE LA INVESTIGACIÓN MULTIDISCIPLINAR EN MATERIA PENITENCIARIA

Previa aprobación de las bases reguladoras para la concesión del Premio Nacional Victoria Kent por Orden del Ministerio del Interior 2744/2005 de 26 de agosto, se convocó el Premio Nacional Victoria Kent 2005 para el fomento de la investigación multidisciplinar en materia penitenciaria (Orden INT 3176/2005 de 21 de septiembre, BOE de 14 de octubre).

La cuantía total de los premios asciende a 6.000,00 euros, distribuida de la siguiente forma:

Premio: 3.000,00 euros

Accésit 1: 1.500,00 euros

Accésit 2: 1.500,00 euros

La finalidad del premio es fomentar la investigación multidisciplinar en materia penitenciaria. Podrán optar a los premios las personas físicas de nacionalidad española o extranjera, estando excluidos los miembros del jurado, el personal destinado en los Servicios Centrales de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias y los premiados en convocatorias anteriores.

Los trabajos de investigación versarán sobre el medio penitenciario, desde un plano histórico, jurídico, psicológico, social o de cualquier otra disciplina científica, ya sea con un enfoque teórico o a partir de experiencias concretas. Serán objeto de atención preferente los trabajos que versen sobre los siguientes temas: mujer y drogas/régimen abierto/aplicación de la motivación en Centros Penitenciarios/beneficios penitenciarios.

Los trabajos de investigación se presentarán en el Registro Central de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias (C/ Alcalá 38-40, 28014 Madrid) o se enviarán por correo certificado dirigido a la citada dirección antes de las catorce horas del día 15 de noviembre de 2005.

Los trabajos, que se ajustarán a las especificaciones establecidas en las Bases Reguladoras, serán valorados por un jurado compuesto por los miembros del Consejo de Redacción de la Revista de Estudios Penitenciarios que podrá declarar desierto el premio.

La presentación del trabajo, en el supuesto de que resulte premiado, implica la cesión gratuita de los derechos de autor, a efectos de su posible publicación.

Por orden del Ministerio del Interior 4296/2005 de 27 de diciembre se hizo pública la resolución de concesión del Premio Nacional Victoria Kent 2005, resultando desierto en todas las modalidades.

## Notas

---

## Notas

---

## Notas

---

## Notas

---

## Notas

---





