

# Un siglo de psiquiatría penitenciaria

L F Barrios Flores

Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante  
Complejo Penitenciario de Fontcalent (Alicante)

## RESUMEN

Se lleva a cabo en este estudio un recorrido, a lo largo de un siglo, por el surgimiento y desarrollo de la asistencia psiquiátrica penitenciaria. En España desde 1897 hasta nuestros días se describen las normas reguladoras y los establecimientos de destino de los reclusos españoles que unían a tal carácter su condición de enfermos mentales. Todo ello con expresa alusión a los movimientos reformistas que sacudieron los campos penal y médico a finales del pasado siglo y a los distintos avatares históricos que repercutieron, de distinto modo, sobre la psiquiatría Penitenciaria.

**Palabras clave:** Prisiones. Cuidados psiquiátricos. Historia de la Medicina

## A CENTURY OF PRISON PSYCHIATRY

### ABSTRACT

This study charts the birth and development of Spanish penitentiary psychiatric health care from 1897 to the present day. The norms that have been used to regulate and determine the establishments for Spanish prisoners who manifested signs of psychiatric disorders are described. The underlying objective is to discuss the reformist movements that shocked and surprised the penal and medical health care establishment at the end of the 19th century and the historic events which affected, in one way or another, penitentiary psychiatric health care.

**Key Words:** Prisons. Psychiatric Nursing. History of Medicine

### 1. LA SITUACIÓN CON ANTERIORIDAD A 1897<sup>1</sup>.

Hasta el siglo XIX<sup>2</sup> la hospitalización psiquiátrica en España se había mantenido dentro de unos límites de calidad y humanitarismo superior al resto de Europa<sup>3</sup>. Pero en la primera mitad del XIX apenas hay nada relevante que tenga relación con la Psiquiatría que empieza a realizarse en Europa<sup>4</sup>. El panorama es, ciertamente, desolador:

*España, que podía vanagloriarse no sólo de ser la precursora de la asistencia psiquiátrica, sino de realizarla a un nivel muy alto a finales del siglo XVIII, cuando termina el siglo XIX y comienza el XX, si se exceptúan unos pocos Sanatorios, el nivel de asistencia recuerda al europeo prerrevolucionario<sup>5</sup>.*

Dos acontecimientos justifican en gran parte el declive: la guerra de la independencia y el proceso desamortizador<sup>6</sup>. Lo cierto es que en la segunda mitad del XIX es patente la falta de cobertura asistencial psiquiátrica oficial; y aunque el Estado dispone (Decretos de 1864, 1876, 1885 y 1887) que hasta no se dispusiera de suficientes recursos fueran las Diputaciones Provinciales las que se hicieran cargo de los enfermos mentales, lo cierto es que *de nuevo debe de ser la Iglesia la que intente resolver el problema<sup>7</sup>.*

El estado de la sanidad penitenciaria no era mejor. Afirma Garrido Guzmán<sup>8</sup> que *durante un gran período de la historia penitenciaria, que llega hasta los comienzos del siglo XX, la asistencia sanitaria ha sido uno de los puntos más oscuros, tenebrosos y deficientes de los diversos sistemas carcelarios en todos los países*

y, en lo que a España respecta, en el siglo XIX solo el presidio de San Agustín de Valencia, dirigido por Montesinos, contaba con una buena organización y asistencia médica. La penuria de la asistencia durante la estancia en prisión, contrastaba con el rigor ritual sanitario del ingreso, pelado, afeitado y reconocimiento médico (Ordenanza de 20.5.1804).

No fueron fáciles, por tanto, los comienzos de la asistencia psiquiátrica penitenciaria, y no será hasta la promulgación del Real Decreto 1.9.1897 (Gaceta, 5 sep.), cuando pueda hablarse de Psiquiatría Penitenciaria (en Inglaterra, por el contrario, existía un específico establecimiento para locos delincuentes desde 1816<sup>9</sup>, y en Francia desde 1838 legalmente los alienados no podían estar reclusos en prisión<sup>10</sup>). Esta será fruto de un doble movimiento reformador:

— Desde el campo penal/penitenciario el movimiento reformista del sistema de penas privativas de libertad, que tiene entre sus figuras más señeras a Howard (1726-1790), Beccaria (1738-1794) y Bentham (1748-1832), irá cuajando en nuestro país a lo largo del XIX. La reforma penitenciaria *corre primero a cargo de los prácticos, directores de establecimientos y autores de normas reglamentarias, que ponen su talante ilustrado y filantrópico al servicio de una función reformadora*<sup>11</sup>, y en el terreno doctrinal *el conocimiento antropológico y sociológico del hombre delincuente, pretendido por la Criminología, nueva Ciencia que nace en este siglo, será aprovechado por el penitenciarismo para la individualización de la pena y el tratamiento científico del penado*<sup>12</sup>. Concepción Arenal, Rafael Salillas y Fernando Cadalso dieron un importante impulso científico<sup>13</sup> y práctico en el campo penitenciario a finales del XIX, consecuencia del cual es el Real Decreto 3.6.1901, que propugna la implantación del sistema progresivo de cumplimiento de penas. Precisamente uno de los fundamentos teóricos de la creación de unidades hospitalarias psiquiátricas es el principio clasificatorio<sup>14</sup> que propiciaba el sistema progresivo y que tiene sus antecedentes normativos en los Reglamentos de Abadía de 1805 y 1807 y la Ordenanza General de 1834 y, no se olvide, en la labor de Montesinos.

La enajenación como causa eximente de la responsabilidad ya aparece recogida en los Códigos Penales de 1822 (art. 26), 1848 (art. 8.1) y 1870 (art. 8.1). Y la asistencia sanitaria en los centros penitenciarios se prevé tanto en el Reglamento General de los Presidios peninsulares de 1.5.1807, que prevé la asistencia de médico y cirujano y preceptúa la creación de hospitales, como en la Ordenanza General de los Presidios del Reino, promulgada el 14.4.1834, que transforma los presidios militares en civiles<sup>15</sup>, y reitera la integración

de un médico dentro de la plantilla de cada presidio<sup>16</sup> (médico que tendrá la condición de militar retirado del Ejército o de la Armada<sup>17</sup>), por lo demás también dejó en manos de los militares los cuadros directivos de las penitenciarias. Pero *la locura agresiva apenas si se diferenció durante ese período del resto de las manifestaciones delincuenciales*, por lo que los dementes permanecían, en gran parte, en prisión, aunque también en hospicios y en casas de misericordia<sup>18</sup>.

— Desde el campo de la medicina, confluyen dos fenómenos: a nivel europeo la preocupación que por los pobres e indigentes transmite la Revolución francesa<sup>19</sup>; a nivel español, el movimiento renovador de la psiquiatría, proceso que aparece ligado, según Espinosa<sup>20</sup>, a tres hechos: la Ley de Beneficencia de 1849, la aparición de los primeros psiquiatras<sup>21</sup> y la creación de sanatorios privados (especialmente en Cataluña). La época de finales del XIX y comienzos del XX es especialmente prolífica en el campo psiquiátrico: creación de psiquiátricos [San Baudilio de Llobregat (1854), Sanatorio Dr. Esquerdo (1886), Sanatorio Psiquiátrico de Ciempozuelos (1877) y Nueva Belén, dirigido por el Dr. Giné y Partagás (1864)]; celebración de Congresos [Primer Certamen Frenopático (1883) y Congreso Internacional de Medicina de Madrid de (1903), en el que la situación de la psiquiatría española merece los reproches de Kraepelin<sup>22</sup>], publicaciones especializadas [Revista Frenopática Española (1881), Revista Frenopática Barcelonesa (1885), Archivos de Terapéutica de Enfermedades Nerviosas y Mentales (1904) y el primer Tratado de Psiquiatría: Juan Giné y Partagás (1836-1911): *Tratado teórico práctico de Frenopatología o estudio de las enfermedades mentales fundado en la clínica y la fisiología de los centros nerviosos*, Barcelona, 1876].

El precedente inmediato de los Establecimientos Psiquiátricos Penitenciarios es el Manicomio de Santa Isabel de Leganés. Su origen radica en el hecho de que, a diferencia de Cataluña en donde a lo largo del XIX se prodiga la creación de instituciones psiquiátricas, en Madrid la situación era penosa<sup>23</sup>: el proyecto de un Sanatorio modelo no cuajó y para paliar la situación se habilita en 1851 un viejo convento como manicomio, el Manicomio de Santa Isabel de Leganés (Madrid), regentado por un sacerdote y atendido por el médico del pueblo en sus inicios. En 1885 será declarado Sanatorio Modelo, recibiendo el nombre de aquella institución que nunca llegó a construirse. Bajo la dirección de un administrador, el médico será figura secundaria<sup>24</sup>. Según su Reglamento Orgánico, aprobado por Real Decreto 12.5.1885 (Gaceta, 15 mayo), este Manicomio era un establecimiento general de beneficencia dependiente del Ministerio de Gober-

nación y de la Dirección General de Beneficencia y Sanidad, destinado al *cuidado y tratamiento médico-moral de los enajenados* (art. 2), siendo los acogidos bien pobres, bien pensionistas (art. 3). El asilo se dividía en *cuarteles* diferentes para hombres y mujeres cada uno de los cuales *se subdivide en departamentos independientes dedicados a observación, a enfermos sujetos a Tribunales de justicia, a pobres, a pensionistas, alienados pacíficos, a turbulentos, a furiosos o sucios, a epilépticos y a convalecientes* (art. 90).

La idea de construir el primer manicomio judicial surge en 1886<sup>25</sup>. A partir de 1887 se irán trasladando reclusos enajenados al Manicomio de Santa Isabel de Leganés, ya que *al fin y al cabo —se pensaba— allí estarían con los otros enajenados*. Mas hubo protestas en el Manicomio de acogida, lo que provocará la expulsión de los dementes reclusos. Se improvisó entonces una penitenciaría hospital en El Puerto, pero el experimento tampoco duró, y esta penitenciaría pasaría a ser destinada a mujeres delincuentes. *Los locos —dice Roldán— eran trasvasados de un encierro a otro, sin encontrar acomodo en ningún sitio*<sup>26</sup>. La necesidad de un establecimiento penitenciario-psiquiátrico era patente, ya no sólo por las consideraciones doctrinales arriba expuestas, sino también por una razón práctica: los inconvenientes regiminales derivados de la convivencia de enfermos y sanos. Ambos motivos se ponen de manifiesto por el R.D. de 1897. Se dice en su Exposición de Motivos:

*Contra todos los preceptos legales y contra todas las sanas intenciones del legislador y del filántropo, hay en muchas cárceles varios individuos con la razón perturbada, que no obstante haber sido declarados por los Tribunales sentenciadores exentos de responsabilidad por causa de enajenación mental, permanecen impropriadamente reclusos con agravación de sus males y hasta con trastornos en el régimen, y en la disciplina de los establecimientos carcelarios donde moran.*

## 2. LA IMPLANTACIÓN DE LA ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA PENITENCIARIA (1897-1995).

### a) Restauración y Dictadura (1897-1930).

En el R.D. de 1897 tres eran las soluciones de destino previstas para los enfermos mentales que hubieran delinquido:

a) Los manicomios (los propiamente dichos y los departamentos especiales para dementes de los Hospitales provinciales), para los exentos de responsabilidad penal por causa de enajenación que hubieran de-

linquido, los penados que enloquecieran cumpliendo condena de prisión correccional y para las penadas que enloquecieran cumpliendo condena en la Penitenciaría de Mujeres de Madrid, cualquiera que fuera la gravedad del hecho delictivo cometido.

b) Las familias, a cuyo cuidado estarían los exentos de responsabilidad criminal que hubieran cometido delitos menos graves, previo acuerdo del Tribunal Sentenciador.

c) La Penitenciaría-Hospital, destino de: penados varones cuyo cumplimiento de condena (de presidio correccional, cadena perpetua o de muerte) se hubiera suspendido por enajenación, penados varones que cumplieran condena de presidio correccional o cadena perpetua y que se supongan en estado de perturbación mental y penados varones que padecieran epilepsia.

La falta de instalaciones psiquiátricas, a pesar de lo dispuesto por el R.D. 1.9.1897, persiste los primeros años y así en la Exposición de Motivos del R.D. 26.1.1912 se relatan los intentos infructuosos al respecto del R.D. 13.12.1886 (para la construcción de un Centro cercano a Madrid), del Reglamento de la Penitenciaría-Hospital del Puerto de Santa María de 20.3.1894 y del proyecto de Ley remitido a las Cortes el 3.4.1894 (para la creación de manicomios de seguridad y observación dependiente del Ministerio de Gracia y Justicia).

De este período son los Reglamentos de Servicios de Prisiones de 1913 y 1930. El Reglamento de 1913 (en adelante RSP 1913), aprobado por Real Decreto 5.5.1913 (Gaceta, 11 mayo), aspiró a dar unidad y armonía al gran número de disposiciones penitenciarias hasta entonces vigentes. Encomienda a los médicos penitenciarios el examen de ingreso (incluido el estado mental) de todo recluso (art. 111.7 RSP 1913). Pero si algo caracteriza esta época será la escasez presupuestaria que retrasaría la creación/adaptación de un centro adecuado para los reclusos enajenados. Por Real Decreto 26.1.1912 (Gaceta, 28 enero) se dispuso la constitución en El Dueso de un *grupo penitenciario* compuesto por una *Colonia industrial y agrícola* (preexistente a la publicación de este Real Decreto) y un *Manicomio Judicial*. Éste constaría de una sección para observación de presuntos dementes y otra para tratamiento y asistencia *de los vesánicos declarados*. Los reclusos se subclasificaban, a su vez, en las categorías de: *tranquilos, semi-agitados, agitados y paralíticos, distribuidos en departamentos diferentes*. Posteriormente el Real Decreto 7.6.1913 (Gaceta, 12 junio) estableció el destino de este Centro exclusivamente para varones, destinándose las mujeres dementes a un Pabellón especialmente destinado al efecto en la Prisión Central de Mujeres de Alcalá

de Henares. Pero el retraso en el acondicionamiento de El Dueso motivó que en 1913 se dispusiera el ingreso de los pacientes en el Manicomio de Santa Isabel de Leganés, hasta tanto se habilitara el citado *Manicomio Judicial*.

Los *presos locos* se destinan, a falta de centro específico, a los manicomios provinciales, donde tampoco serán bien recibidos, por lo que vuelven a las cárceles. Un acontecimiento, ciertamente curioso, acabará con la situación: la queja de un diplomático extranjero acerca de la situación de un penado demente de su país recluido en un presidio español. Ello provoca que por Real Decreto 13.8.1917 (Gaceta, 18 agosto), por fin se habilite provisionalmente como Manicomio Penitenciario para albergar a los dementes reclusos de las Prisiones Centrales, el Pabellón existente en la suprimida Penitenciaría Hospital del Puerto de Santa María. Al mismo Centro alude el RSP 1930 al enumerar las Prisiones Centrales Especiales para enfermos (arts. 1.II y 5). Obsérvese que el Real Decreto 13.8.1917 aún se justifica en el propósito de *acometer la obra de humanidad de sacar de las prisiones a los penados dementes* (según puede leerse en el Preámbulo), buena prueba de las dificultades de materializar una asistencia *separada* de los enfermos mentales.

El R.D. 13.8.1917 dispuso un detallado organigrama funcional, con una dirección técnica que recaería en un médico *de probada competencia en psiquiatría* que se designaría mediante *concurso entre los médicos de la Sección facultativa del Cuerpo de Prisiones*, y una dirección administrativa recaería en un funcionario de la Sección técnica<sup>27</sup>. A la vez encomienda la inspección del régimen y tratamiento del Manicomio a una Comisión Especial que, bajo la presidencia del Director General de Prisiones, estaría integrada por dos vocales de la Comisión asesora de la reforma tutelar, dos médicos alienistas de notoria autoridad, un representante del Ministerio Fiscal, un arquitecto y el Catedrático de Derecho Penal de la Universidad Central. En lo que a personal respecta, si bien la intención era dotar al centro de enfermeros, la falta de dotación presupuestaria obligaría a la cobertura de personal con funcionarios auxiliares.

En 1928 se promulga un nuevo Código Penal, el único en nuestra historia que utilizó el método mixto o biológico-psicológico<sup>28</sup>, y el mismo año, por Real Decreto Ley 6.2.1928 (Gaceta, 7 febrero) se destina a los enfermos mentales al Manicomio del Puerto de Santa María. El pensamiento penitenciario de la época entendía que *el manicomio criminal ha de participar de un doble carácter: casa de salud en lo terapéutico; prisión en lo social que reclama seguridad de custodia*<sup>29</sup>.

A destacar, muy especialmente, del Código de

1928 la introducción de las medidas de seguridad (arts. 90 y s.)<sup>30</sup>.

El Reglamento de 1930 (en adelante RSP 1930), aprobado por Real Decreto 14.11.1930 (Gaceta, 21 noviembre), *tuvo el mérito de subsistir hasta 1948, pasando por tres situaciones políticas muy dispares: Monarquía, República y Régimen franquista*<sup>31</sup>. Conforme a lo previsto en el art. 5 del RSP 1930 serían destinados al Manicomio Penal del Puerto de Santa María tanto los sentenciados con responsabilidad atenuada como los penados que mostraran síntomas reiterados de enajenación mental o cayeren en estado de perturbación o incapacidad mental por declaración del Tribunal sentenciador. En esta época el retraso mental, por sí solo, no conlleva el ingreso en Centros Especiales, sino que provoca una mayor atención de Médico y Maestro.

En el RSP 1930 se encomienda la Dirección del Manicomio Penal del Puerto de Santa María a un Médico Director, quien *en su doble carácter* —de Médico y de Director, ha de entenderse— será el responsable del tratamiento, régimen y vida disciplinaria de los dementes y establecerá las clasificaciones y separaciones necesarias.

#### b) La II República (1931-1939).

En los años que preceden a la República, Rodríguez Lafora intentará tanto mejorar la asistencia clínica como introducir la Psiquiatría científica en España. Para ello utilizará la *Liga de Higiene Mental*, creada en 1927 y de la que fue primer Presidente Santiago Ramón y Cajal. Uno de los principales temas tratados en la Liga fue la reforma de la Ley de 1885. Tras el Anteproyecto de 1930, ello cuajaría en el Decreto sobre la Asistencia a enfermos mentales de 1931, en el que es notable la influencia de Lafora y Escalas Real —como ya sucediera en el Código de 1928—<sup>32</sup>.

El período republicano (1931-1939) alumbró un nuevo Código Penal, el de 1932, en el que es de destacar la nota humanitarista<sup>33</sup> que se materializa en un conjunto de disposiciones: la Orden de 13.5.1931 ordenando retirar de las prisiones los grillos, hierros y cadenas de sujeción; el Decreto 22.3.1932 otorgando la libertad a los septuagenarios con buena conducta que ofrezcan garantías de hacer vida honrada en libertad; el Decreto de 5.7.1933 estableciendo un Hospital psiquiátrico judicial para los enajenados mentales, alcohólicos y toxicómanos, o el Decreto 9.6.1934, creando el reformatorio de Alcalá de Henares para vagos y maleantes.

El CP 1932 establece el término enajenado que sigue vigente en la actualidad<sup>34</sup>, recordándonos López

Ibor<sup>35</sup> que fue el Dr. Sanchís Banús (1890-1932), *el promotor de los conceptos de enajenado y trastorno mental transitorio*<sup>36</sup>.

Durante el régimen republicano el edificio que con anterioridad estuviera destinado a Prisión Central de Mujeres de Alcalá de Henares, acogerá ahora al llamado Hospital Psiquiátrico Judicial, por Decreto 5.7.1933 (Gaceta, 8 julio), aunque este Decreto quedaría en suspenso por Orden 8.3.1934. En lo que a clasificación respecta, el D. 5.7.1933 añade a la anterior relación del RSP 1930, como destinatarios del Hospital Psiquiátrico Judicial de Alcalá, los penados que presenten síntomas de epilepsia, a los alcohólicos crónicos y toxicómanos, a los invertidos sexuales y a los procesados que presenten síntomas de enajenación mental. La cobertura de la plaza del Médico Director del Hospital Psiquiátrico Judicial de Alcalá será por oposición restringida entre facultativos penitenciarios, y si no concurriera ninguno de ellos mediante oposición libre.

### c) El régimen franquista (1939-1975).

En lo científico, la Guerra Civil *truncó el movimiento psiquiátrico, que apenas había conseguido algo*<sup>37</sup>. Y en nuestro ámbito de estudio se produce una *total militarización del sistema penitenciario*<sup>38</sup>, y la *cárcel de locos surge quintaesenciada en su labor represiva... para tratar médicamente como instancia previa, a los desviados o no conformistas con un tipo de sociedad*<sup>39</sup>. Destaca, por lo demás en esta época, el *escaso número de ingresados (no superan el centenar)*<sup>40</sup>.

En el campo penal, se promulga el Texto Refundido de Código Penal de 1944, que intenta poner orden en la maraña de legislación especial posterior a la Guerra Civil. Este texto será objeto de numerosas reformas en las décadas siguientes<sup>41</sup>. En la de 1963 sería sustituida la mención al ingreso de los enajenados en *hospitales*, por la de ingreso en *establecimientos*, que posteriormente en el CP de 1995 sería a su vez sustituida por el término *centro* acompañado de la mención *psiquiátrico, de deshabitación o educativo especial* (art. 96.2 CP vigente). En lo penitenciario, como ya se indicó, en los primeros años del nuevo régimen sigue vigente el RSP de 1930. Posteriormente entrarían en vigor los Reglamentos de Servicios de Prisiones de 1948 y 1956.

El RSP 1948, aprobado por Decreto 5.3.1948 (B.O.E., 15 mayo a 9 junio), es acorde a los principios autoritarios del Código Penal de 1944, en el que la *finalidad de la pena era simplemente aflictiva, y, en todo caso, la condena debía servir para conseguir la regeneración moral y la redención evangélica*<sup>42</sup>. El RSP 1948

hace mención al Sanatorio Psiquiátrico Penitenciario, que cataloga como Prisión Central Especial y que servirá de destino de: los sentenciados conforme al art. 8.1 CP, los que incurran en enajenación una vez dictada sentencia firme, los penados no enajenados que presenten trastornos psíquicos, los penados epilépticos, los alcohólicos crónicos y toxicómanos, los procesados que presenten síntomas de enajenación y los sentenciados en los que se dé la circunstancia 3 del art. 8 CP.

El RSP 1956, aprobado por Real Decreto 2.2.1956 (B.O.E., 15 marzo), tiene como principal novedad su adaptación a las Reglas Mínimas de Ginebra de 1955, con expresa regulación de los derechos y deberes de los reclusos y con respeto a la personalidad humana. El RSP 1956 contempla un amplio repertorio de Centros Especiales, entre los que a nuestros efectos interesa destacar: el Sanatorio Psiquiátrico Penitenciario y los Centros (así se dispone en plural) de psicópatas, pervertidos sexuales y de deficientes mentales<sup>43</sup>. Hasta su clausura, en 1984 y en 1990, serán Huesca y León los centros destinados a psicópatas y deficientes mentales<sup>44</sup>. El art. 23.c) del RSP 1956 destina el Sanatorio Psiquiátrico Penitenciario al acogimiento de los sentenciados en quienes se apreciara la circunstancia 1 del art. 8 C.P. cuando por el Tribunal sentenciador se hiciera constar una peligrosidad social que impida su internamiento en instituciones provinciales<sup>45</sup>, los que cayeran en enajenación mental después de firme la sentencia con arreglo al art. 82 CP y los que presentaran síntomas o trastornos psíquicos en cualesquiera de sus formas o grados.

Es especialmente destacable la reforma del Reglamento del 56 operada por el Decreto 25.1.1968 y que introduce en nuestro sistema penitenciario el tratamiento criminológico. Aparecen así los equipos de observación y tratamiento y la central de observación. El Real Decreto 29.7.1977 será finalmente una reforma puente hasta la LOGP y el Reglamento de 1981.

En lo que a establecimientos respecta, tras la Guerra Civil, en 1943 se crea el Hospital Central y a finales de 1944 comienzan las obras del Instituto Psiquiátrico Penitenciario de Carabanchel que en palabras del entonces Director General de Prisiones era una *suntuosa fábrica construida con los más refinados adelantos de la técnica frenicomial* y que importó 5 millones de pesetas<sup>46</sup>. Posteriormente la Orden 2.12.1946 (B.O.E., 5 diciembre) crea el Hospital Central de Mujeres de Madrid, que verá aprobado su Reglamento por Orden 31.1.1947 (B.O.E. 7 marzo). Llevará el nombre de Raimundo Fernández Cuesta y se configura como un establecimiento anexo a la Prisión de Ventas. En él se prestaban servicios clínicos no psiquiátricos<sup>47</sup>, en un primer momento, aunque poco después pasaría a denominarse *Prisión Clínica*

*Psiquiátrica Penitenciaria de Mujeres* (Orden 15.12.1949, B.O.E. 20 diciembre). La Orden 3.5.1944 (B.O.E., 10 mayo) sobre funciones de los médicos de prisiones atribuye a los mismos la función facultativa y de gobierno de los Sanatorios Mentales, así como las funciones médico-legales ordenadas por los Jueces. Por su parte, la Orden Ministerial de 3.5.1944 menciona nuevamente a los médicos directores, lo cual se reitera en el art. 123 RSP 1948 que añade como requisito la necesaria especialización en Psiquiatría (la primera cátedra de Psiquiatría es de 1947).

El precedente de las actuales instituciones hospitalarias psiquiátricas penitenciarias es el Centro Asistencial Psiquiátrico Penitenciario de Madrid —llamado Instituto Psiquiátrico Penitenciario en sus orígenes— (ubicado en el Complejo Penitenciario de Carabanchel junto al Centro de Detención de Hombres, el Hospital General, el Reformatorio de Jóvenes y la Escuela de Estudios Penitenciarios), que cubriría las necesidades asistenciales específicamente psiquiátricas hasta fecha reciente<sup>48</sup>.

#### d) La restauración democrática (1976-1995).

La Ley Orgánica 1/1979, 26 de septiembre, General Penitenciaria (B.O.E., 5 octubre), prevé tres tipos de establecimientos: de preventivos, de cumplimiento y especiales (art. 7 LOGP). Dentro de la categoría de los especiales se comprendían, a su vez, los hospitalarios, los psiquiátricos y los de rehabilitación social (art. 11 LOGP).

El grupo parlamentario *Socialistas de Cataluña* propuso en el trámite de elaboración parlamentaria de la LOGP la presencia de un médico-psiquiatra en cada prisión, propuesta que no sería acogida<sup>49</sup>.

El Reglamento Penitenciario de 1981, aprobado por R.D. 1201/1981, 8 de mayo (B.O.E., 23 a 25 junio) mantiene la clasificación anterior de Establecimientos si bien suprime la referencia a los centros de perversos sexuales (art. 56 RP 1981).

### 3. LA REFORMA PENAL Y PENITENCIARIA DE 1995-1996.

El nuevo Código Penal de 1995 introduce la importante novedad de limitar el tiempo del internamiento. Recuérdese que en todo el período que tratamos en este artículo *el manicomio judicial se ofrecía como una reclusión sin límites apriorísticos*<sup>50</sup>.

Desde 1897 hasta el vigente Reglamento Penitenciario de 1996, aprobado por Real Decreto 190/1996, 9 febrero (B.O.E., 15 febrero), solamente se prestaba

esta asistencia en los Centros Especiales Penitenciarios a que nos hemos referido más arriba. El Reglamento de 1996 introduce importantes novedades en el tema que nos ocupa. Con el pretendido propósito de facilitar *la rehabilitación de los enfermos a través del arraigo en su entorno familiar* (art. 191.2 RP), se describen en la nueva norma reglamentaria dos tipos de centros: los Establecimientos (hospitalarios hemos de entender) y las Unidades Psiquiátricas (en Centros Ordinarios hemos de leer). Unos y otros se consideran *centros especiales destinados al cumplimiento de las medidas de seguridad privativas de libertad aplicadas por los Tribunales correspondientes* (art. 183 RP). Brevemente señalar que la asistencia especializada en la actualidad se lleva a cabo por personal especialista, integrado en Equipos Multidisciplinares (art. 185 RP), utilizándose criterios clasificatorios basados en exclusivos criterios asistenciales (art. 188.1 RP), restringiéndose la libertad sólo en la medida en que ello sea imprescindible (art. 188.2 RP), no aplicándose el régimen disciplinario común (art. 188.4 RP), en el que el empleo de coercitivas es una medida que *sólo podrá ser admitida por indicación del facultativo y durante el tiempo mínimo imprescindible* (art. 188.3 RP), previéndose la colaboración de otras Administraciones Públicas para proseguir la asistencia social postpenitenciaria de carácter psiquiátrico (185.2 RP).

En la actualidad el ingreso en los Establecimientos o Unidades psiquiátricas se llevará a cabo en los casos previstos en el artículo 184 RP 1996: a) detenidos o presos con patología psiquiátrica, cuando la autoridad judicial decida su ingreso para observación; b) personas a las que por aplicación de las circunstancias eximentes establecidas en el Código Penal les haya sido aplicada una medida de seguridad de internamiento en centro psiquiátrico penitenciario y, c) penados a los que, por enfermedad mental sobrevenida, se les haya impuesto una medida de seguridad por el Tribunal sentenciador.

En la actualidad la asistencia psiquiátrica penitenciaria de carácter hospitalario se lleva a cabo en los Establecimientos Hospitalarios de Alicante, creado en 1983 (Orden 25.11.1983, B.O.E., 9 diciembre) y que recibe sus primeros pacientes el 12.1.1984, y Sevilla, creado en 1990<sup>51</sup>.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. En general sobre el período que comprende el presente estudio pueden consultarse: Barcia D: *Historia de la Psiquiatría Española*, You & Us, Madrid, 1996; Espinosa, J: *La asistencia psiquiátrica en la*

- España del siglo XIX*, Valencia, 1966; Gracia D: *Medio siglo de psiquiatría española: 1885-1936*, Cuadernos de Historia de la Medicina, X, 1971, pp. 305-340; Laín P: *Historia de la Medicina*, Salvat, Barcelona, 1989, pp. 387 y ss.; Marañón G: *Psiquiatras en España*, en *Obras Completas*, T. IX, Espasa Calpe, Madrid, 1973, pp. 82-88; Postel J y Quétel C (Comp): *Historia de la Psiquiatría*, Fondo de Cultura Económica, México, 1983; Sánchez L: *Historia política de la medicina española*, Salamanca, 198; Sánchez L: *La medicina española contemporánea*, Universidad de Salamanca, 1986; Ullesperger J: *Historia de la Psicología y de la Psiquiatría en España*, Madrid, 1964.
2. No siendo este período previo objeto de nuestra atención, baste la remisión en cuanto al mismo a Espinosa J: *La asistencia del enfermo mental en España durante la Ilustración y el Reinado de Fernando VII*, Cuadernos de Historia de la Medicina, núm. 5, pp. 181-215, y también del mismo autor *El enfermo mental al final del Antiguo Régimen*, en *Enfermedad y castigo* (Peset J L, Coord.), CSIC, Madrid, 1984, pp. 277-285. A destacar sobre todo que este autor considera que el fin del Antiguo Régimen supuso acabar con una situación de paradójico privilegio para el enfermo mental: estaba en igualdad de derechos con los demás y existía una amplia tolerancia social (p. 277).
  3. López J J: *Historia de la Psiquiatría Española*, en Ruiz C, López-Ibor J J y Barcia D (Directores): *Psiquiatría*, Tomo I, Toray, 1 edic., Barcelona, 1982, p. 38.
  4. Barcia D: *ob. cit.*, p. 183.
  5. Barcia D: *ob. cit.*, p. 144.
  6. El perjuicio para las instituciones sanitarias del proceso desamortizador fue manifiesto, al declarar vendibles por Real Decreto 19.9.1798 los Hospitales, Hospicios, Casas de Misericordia... López-Ibor J J: *ob. cit.*, p. 38; Barcia D: *ob. cit.*, p. 131. Por su parte Sánchez L: *Historia política...*, Salamanca, 1985, p. 216, considera que la importancia e influencia del proceso desamortizador en la crisis hospitalaria *perdura durante la casi totalidad del siglo XIX*.
  7. Barcia D: *últ. ob. cit.*, p. 143.
  8. Garrido L: *Manual de Ciencia Penitenciaria*, Edersa, Madrid, 1983, p. 396.
  9. Roldán H: *Historia de la prisión en España*, PPU, Barcelona, 1988, p. 141. Como señala Espinosa J: *La asistencia psiquiátrica en la España del siglo XIX*, p. 159, precedentes de manicomios judiciales los tenemos en Broadmow (Inglaterra), Perth (Escocia), Dundrum (Irlanda), Bicêtre (Francia) y Bruges (Bélgica).
  10. Así lo señalaba el art. 24 de la Ley francesa de 30.6.1838, fundamental texto legislativo del país vecino comentado por Postel Jacque y Quétel C: *ob. cit.*, pp. 169-179.
  11. Bueno F: *Historia del Derecho Penitenciario Español*, en *Lecciones de Derecho Penitenciario (Ponencias presentadas a las I Jornadas de Derecho Penitenciario)*, Alcalá de Henares, 1985, p. 18.
  12. Bueno F: *ob. cit.* pp. 17-18.
  13. Debemos siquiera aludir a la implantación en esta época de las teorías sobre correlación entre degeneración y criminalidad a las que extensamente se refiere Peset J L: *Ciencia y marginación*, Barcelona, 1983, pp. 79-146. En la misma línea véase Huertas R: *Locura y degeneración*, CSIC, Madrid, 1987.
  14. Los reformistas penitenciarios abogan por la clasificación interior y, en concreto Salillas, dentro de su quintuple clasificación incluso en el grupo 4 a los locos y semilocos; Fernández M.<sup>a</sup> D: *El pensamiento penitenciario y criminológico de Rafael Salillas*, Santiago de Compostela, 1976, p. 101.
  15. Con la Ordenanza General de 1834 los presidios pasan a depender del Ministerio de Fomento y se crea la Dirección General de Prisiones; por Ley de 26.7.1849 las competencias pasan al Ministerio de Gobernación; finalmente por Ley de 29.6.1887 los Servicios de Prisiones se atribuyen al Ministerio de Justicia. En consonancia con el proceso desmilitarizador por Real Decreto 23.6.1881 se crea el Cuerpo de funcionarios de prisiones.
  16. Garrido L: *ob. cit.*, pp. 159-180.
  17. Carrillo de las Heras M T: *La pena privativa en la España del siglo XIX*, en García C (Dtor.): *Historia de la prisión. Teorías economicistas. Crítica*, Edisofer, Madrid, 1997, p. 183.
  18. Espinosa J: *últ. ob. cit.*, p. 170 y ss.
  19. Sobre esta cuestión puede verse Huertas R: *Del manicomio a la salud mental*, Fondo de Investigaciones sanitarias de la Seguridad Social, Madrid, 1992. En especial pp. 27-33.
  20. Espinosa J: *últ. ob. cit.*
  21. Obsérvese en este sentido un dato especialmente importante: los primeros en preocuparse por una psiquiatría más avanzada nada tuvieron que ver con la asistencia propiamente dicha. Postel J y Quétel C: *ob. cit.*, p. 232.
  22. Especialmente motivados por la publicación por el Dr. Lafora de un artículo en la revista *España* acompañado de expresivas fotografías que ponían de manifiesto la calamitosa situación de los psiquiátricos españoles. Valenciano L: *El Doctor Lafora y su época*, Morata, Madrid, 1977, p. 100.
  23. González E: *Asistencia psiquiátrica madrileña a finales del siglo XIX*, Medicina e Historia (sin año), núm. 51. Citado por Barcia D: *ob. cit.*, p. 138.

24. Barcia D: *ob. cit.*, p. 140.
25. Afirma Espinosa: *últ. ob. cit.*, p. 159, que *dado el rápido avance que en nuestra patria había alcanzado la medicina legal no es nada extraño que hubiese personas influyentes interesadas en el proyecto de manicomio judicial*. Alude este autor a Simarro o Esquerdo.
26. Sobre esta época vid. Roldán H: *ob. cit.*, pp. 147-148.
27. No debe confundirse esta referencia a la Sección Técnica con el Cuerpo Técnico de II.PP. Aquella es precedente del actual Cuerpo Especial de II.PP. El Cuerpo Técnico, por su parte, no se crearía hasta mucho después, 1970.
28. Rodríguez J M: *Derecho Penal Español. Parte General*, 5 edic., Madrid, 1976, p. 511.
29. Castejón F: *Comentarios científico-prácticos al Código Penal de 1870*, Vol. II, Reus, Madrid, 1926, pp. 281-282.
30. Estas medidas que proseguirían en la Ley de Vagos y Maleantes de 4 de agosto de 1933 y en la posterior Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social de 1970 (cuyo Reglamento de desarrollo, en su art. 35.1, trata de los sometidos a medida de internamiento como consecuencia de su enfermedad mental y en razón a su peligrosidad).
31. Garrido L: *ob. cit.*, p. 174.
32. Valenciano L: *ob. cit.*, p. 203.
33. Rodríguez J M: *ob. cit.*, p. 102, emplea los calificativos de humanización y elasticidad.
34. Acerca de la terminología legal, jurisprudencial y forense empleada para referirse a la enajenación mental. Vid. Mengual i Llul J B: *Aspectos psiquiátricos*, en Carbonell J C, Gómez J L y Mengual i Llul J B: *Enfermedad mental y delito. Aspectos psiquiátricos, penales y procesales*, Civitas, Madrid, 1987, pp. 197 y ss.
35. López-Ibor J J: *ob. cit.*, p. 40.
36. Propuso Sanchís la palabra enajenado porque a su juicio *tenía la doble ventaja de ser suficientemente expresiva y carecer de valor técnico específico lo mismo en la Psiquiatría que en el Derecho*. Rodríguez J M: *ob. cit.*, p. 513. Y en general sobre la terminología empleada cfr. este mismo autor y obra, pp. 511 y ss.
37. Barcia D: *ob. cit.*, p. 147. A ello hay que sumar el exilio de doctores tan prestigiosos como Lafora, Mira y otros; Postel J y Quérel C: *ob. cit.*, p. 236.
38. Rivera I: *La cárcel en el sistema penal. Un análisis estructural*, Bosch, Barcelona, 1995, p. 82.
39. Roldán H: *ob. cit.*, p. 204.
40. Oficina Informativa Española: *Cárceles españolas*, Madrid, 1948, pp. 35 y ss.
41. Cfr. Rodríguez J M: *ob. cit.*, pp. 103 y ss.
42. Garrido L: *ob. cit.*, p. 176.
43. En el Reglamento de 1956 la asistencia psiquiátrica se lleva a cabo en centros asistenciales incluidos, erróneamente según algún autor, en los centros de cumplimiento. Con el Real Decreto de 1968 estos centros se catalogarán como asistenciales, constituyendo un *tertius genus*, que se añade a los centros de cumplimiento y de preventivos. Cfr. Garrido L: *Régimen penitenciario*, en *Lecciones de Derecho Penitenciario (Ponencias presentadas a las I Jornadas de Derecho Penitenciario)*, Alcalá de Henares, 1985, p. 79.
44. Los psicópatas de Huesca serían trasladados al HPP de Alicante en 1984 y posteriormente repartidos por diversos centros de España y los oligofrénicos serían trasladados a Sevilla. No existen, ni se prevén en el vigente Reglamento, centros de estas características.
45. Estas Instituciones Provinciales son los llamados *Pabellones de Judiciales de los Psiquiátricos Provinciales*, en uso hasta la reforma psiquiátrica.
46. Aylagas F: *El régimen penitenciario español*, Madrid, 1951, pp. 74-75. En general, sobre la asistencia penitenciaria de la época, en un tono burdamente triunfalista este autor —a la sazón Director General de Prisiones— describe la misma en esta su obra, pp. 71-82. En el mismo tono y sobre el mismo tema vid. Oficina Informativa Española: *ob. cit.*, pp. 35 y ss. En esta última obra se hace mención a que el Instituto Psiquiátrico Penitenciario de Carabanchel se había erigido conforme a la técnica frenicomial italiana y disponía de un laboratorio de Biología Criminológica.
47. En concreto este Hospital disponía de los siguientes servicios clínicos: Medicina general, Tuberculosis, Cirugía general, Radiología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Pediatría, Ginecología, Obstetricia y Dermatología (art. 10, Orden 31.1.1947).
48. Este Centro se clausura por Orden 22.5.1990 (B.O.E., 3.7.1990), siendo sus instalaciones adscritas al Centro de Preventivos de Madrid (Madrid-1, Carabanchel).
49. Rivera I: *ob. cit.*, p. 111.
50. Roldán H: *ob. cit.*, p. 146.
51. En un primer momento, suprimido el Departamento de Oligofrénicos que hasta entonces existía en el C.P. León se crea un Departamento análogo en el C.P. Sevilla II (Orden 22.5.1990, B.O.E. 3.7.1990). Posteriormente se suprime el Departamento de Oligofrénicos de Sevilla y se crea el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla (Orden 1.6.1990, B.O.E., 30.6.1990).