





1.-	Presentación	3
2.-	V Encuentro Nacional de Enfermos Mentales	4
	• Programa	5
	• Crónica del Encuentro	6
	• Conclusiones y propuestas	8
	• Aportaciones de los participantes	9
	• Contenidos de Mensajes y Ponencias	10
	o <i>Mensaje de D^a Mercedes Gallizo, Directora de Instituciones Penitenciarias</i>	10
	o <i>Tratamiento del Enfermo Mental en prisión</i>	13
	o <i>Tratamiento del Enfermo Mental en prisión: la experiencia de Catalunya</i>	20
	o <i>Enfermos mentales en prisión: situación actual</i>	35
	o <i>Atención personalizada en el HPPA (Alicante)</i>	38
	• Programa de Atención Integral al Enfermo mental (PAEIM)	49
	• La situación de los Enfermos Mentales en las prisiones ordinarias	52
3.-	Instituciones Penitenciarias y las ONG que intervienen en prisión	53
4.-	Investigación sobre el voluntariado de prisiones en Europa Occidental	54
5.-	Acciones contra la pena de muerte	55
6.-	Medallas al merito social penitenciario 2007	56
7.-	"Aquí los presos nos autogobernamos"	58
8.-	Pobreza y exclusión social	61

PRESENTACIÓN

Ha sido muy abundante el material generado en el V Encuentro Nacional de Enfermos Mentales y Prisión celebrado en Madrid el pasado mes de septiembre (días 18 y 19), por este motivo el número 24 de [C@uce](#) será prácticamente monográfico porque en él se ha recogido todo el material entregado por los ponentes, las conclusiones y otras aportaciones realizadas por algunos de los asistentes.

La realidad de los enfermos mentales está siendo cada día más compleja, por el número cada vez más creciente de pacientes con patología dual u otras patologías psíquicas, no sólo en los centros penitenciarios, sino también en la misma sociedad.

El Departamento de Pastoral Penitenciaria siempre estuvo preocupado por la situación de los enfermos mentales y discapacitados intelectuales que cumplían condena en la prisión y para buscar respuesta a este problema, puso en marcha en el año 2002 los Encuentros Anuales sobre Enfermos Mentales y Prisión con la finalidad de promover el estudio, el análisis y de elaboración de propuestas. Han participado en ellos profesionales de la psiquiatría, de la medicina general, de la judicatura, del trabajo social, junto con técnicos de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, han ido haciendo camino para llegar en este V Encuentro a la presentación por parte de la Dirección General de la puesta en marcha en breve de un Programa Marco para la Atención Integral de Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios (PAIEM)

El resto de este boletín recoge informaciones variadas, que pueden ser de interés para todos aquellos que se relacionan con el medio penitenciario.

Deseo a todos un nuevo curso denso en proyectos ilusionantes y audaces, generadores de esperanzas, de vida digna y de libertad.

*Carmen Martínez de Toda
Coordinadora Área Social*



V ENCUENTRO NACIONAL DE "ENFERMOS MENTALES EN PRISIÓN"

Durante los días 18 y 19 de Septiembre del 2007 se ha celebrado en Madrid el V Encuentro Nacional de "Enfermos Mentales en Prisión", organizado y coordinado por el Área Social del Departamento de Pastoral Penitenciaria

Han participado en el mismo cerca de 80 personas representativas de las tres áreas de la Pastoral Penitenciaria, es decir de lo Social, Jurídico y Religiosa, así como personal de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, profesionales de la salud, de entidades y ONG del ámbito socio-sanitario, interesadas por la situación de los enfermos mentales tanto dentro como fuera de prisión.

Los temas tratados en el Encuentro responden a las necesidades más apremiantes de los enfermos mentales internados en los centros penitenciarios de la totalidad del territorio español,

El acto fue inaugurado por la Directora General de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias Dña. Mercedes Gallizo. Entresacamos y destacamos algunas de las frases que dirigió a los asistentes al Encuentro que hablan por si solas:

"Quiero en primer lugar felicitar a Pastoral Penitenciaria por la celebración de este V Encuentro que una vez más llama la atención de todos sobre el hecho de que en las prisiones españolas hay muchos enfermos mentales y, sobre todo, porque no tiran la toalla frente a un problema tan grave como el de la enfermedad mental en prisión"...

...Hay enfermos mentales que pueden realizar actos de violencia puntual, al igual que muchos ciudadanos considerados normales pueden cometer actos violentos. Muchos otros enfermos mentales no realizarán nunca actos de violencia, sobre todo si son tratados adecuadamente. Incluso en el caso de quienes han actuado con violencia en un momento dado, esa violencia no tiene que ir necesariamente asociada a toda su vida, sino tratarse de actos que pueden ser controlados debidamente con el adecuado tratamiento médico, psiquiátrico y asistencial"... (en este nº 24 de C@UCE la totalidad de su discurso)

Expuso su visión de la realidad, el grave problema social y penitenciario que se está viviendo en estos últimos años debido a la incidencia vertiginosa de la enfermedad mental y de los escasos recursos socio-sanitarios y terapéuticos que existen para estas personas. A la dirección General de Instituciones Penitenciarias le preocupa y propone unas respuestas al problema en colaboración con otros estamentos civiles.

A continuación del saludo y de las palabras de Dña. Mercedes Gallizo tomó la palabra el P. José Sesma, Director del Departamento de Pastoral Penitenciaria, para agradecer la presencia de la Directora General, presentar el trabajo de la tarde y agradecer a los asistentes su presencia, ya que con ello reafirmaban y

apoyaban la iniciativa que el Departamento de la Pastoral Penitenciaria había puesto en marcha hacia años organizando estos Encuentros con el fin de estudiar, reflexionar y plantear propuestas y soluciones para el enfermo mental en prisión y fuera de prisión.

El programa del Encuentro se desarrolló con los siguientes contenidos:

PROGRAMA

MARTES 18

- 16.00 h. Inicio del Encuentro
- *Acogida*
 - *Entrega de material*
- 16,15 h. Sesión de apertura
- *Presentación del Encuentro*
- 16,30 h. Tema Primero: **TRATAMIENTO DEL ENFERMO MENTAL EN PRISIÓN.** Por D^a. Carmen Archanco López-Pelegriñ, *Subdirectora General de Sanidad Penitenciaria*
- 17,30 h. Tema Segundo: **TRATAMIENTO DEL ENFERMO MENTAL EN PRISIÓN: LA EXPERIENCIA DE CATALUÑA.** Por D. Rafael Alonso Guerrero Moreno, *Jefe del Área de Sanidad - Subdirección General de Programas de Rehabilitación y Sanidad*
- 18,30 h. Descanso
- 19,00 h. Mesa 1: **ENFERMOS MENTALES EN PRISIÓN: PROBLEMAS Y SOLUCIONES LEGALES**
Moderador: D. José María Civeira Murillo, *Médico Psiquiatra - Zaragoza*
- D. Enrique Acín García, *Jefe de Área de Salud Pública*
 - D. Arturo Beltrán Núñez, *Magistrado-Presidente de la Sección V - Audiencia Provincial de Madrid*
 - D. Jesús Cáceres García, *Jurista del Psiquiátrico Penitenciario - Alicante y miembro del Área Jurídica - Departamento de Pastoral Penitenciaria*
 - D. Francisco Javier Lamas Bosque, *Psicólogo del Psiquiátrico Penitenciario - Sevilla*
- 20, 30 h. Descanso
- 21,00h. Cena - Tertulia

MIÉRCOLES 19

- 08,30 h. Eucaristía
- 09,00 h. Desayuno
- 09,30 h. Mesa 2: **ATENCIÓN PERSONALIZADA A LOS ENFERMOS INTERNADOS EN PSIQUIÁTRICOS PENITENCIARIOS**
Moderador: D. Raúl de la Torre Martínez, *Jefe de Área de Ordenación Sanitaria*
- D. José-Vidal Carballo Corral, *Director del Psiquiátrico Penitenciario - Sevilla*
 - D. Miguel Martín Casillas, *Director del Psiquiátrico Penitenciario - Alicante*
 - D. Emilio Calderón Álvarez, *Capellán del Psiquiátrico Penitenciario - Sevilla*
 - D. José Vicente Fernández Cerdá, *Capellán del Psiquiátrico Penitenciario - Alicante*
 - D. Antonio Guichot Balboa, *Asesor Técnico del Defensor del Pueblo Andaluz*
- 11,00h. Descanso
- 11,30h. Tema Segundo: **PERSPECTIVAS DE FUTURO EN EL TRATAMIENTO DEL ENFERMO MENTAL EN PRISIÓN .** Por D. Antonio del Moral García, *Fiscal en el Tribunal Supremo*
- 13,00 h. Clausura del Encuentro
- 13,30 h. Comida y despedida



1-. CRÓNICA DEL ENCUENTRO

TEMA 1.-TRATAMIENTO DEL ENFERMO MENTAL EN PRISIONES.

Comenzó el primer tema con la intervención de **Dª Carmen Archanco**, Subdirectora General de Sanidad Penitenciaria. En su exposición resalta la puesta en marcha de un Proyecto - Marco dirigido a la atención del cuidado y tratamiento de los enfermos mentales en prisión en colaboración con las Comunidades Autónomas y otros estamentos de la Salud Pública. En dicho Proyecto se resalta su desarrollo en equipo interdisciplinar, que esté abierto a la colaboración con ONG y voluntariado cristiano y que abarque las áreas de tratamiento en prisión y reinserción.



La segunda parte de este tema fue expuesta por **D. Rafael Alonso Guerrero Moreno**, Jefe de Área de Sanidad de la Subdirección General de Programas de Rehabilitación y Sanidad de Cataluña.

A través de una detallada exposición en *Power Point* presentó el enmarque sanitario y la organización desde que fueron transferidas las competencias a la Generalitat de Catalunya en materia sanitaria y la respuesta que desde la administración penitenciaria y sanitaria están dando al problema de los enfermos mentales en las prisiones catalanas

MESA 1. ENFERMOS MENTALES EN PRISIÓN: PROBLEMAS Y SOLUCIONES LEGALES.

Moderada por: **Don José María Civeira Murillo**. Médico Psiquiatra de Zaragoza

Participaron en la Mesa:

D. Enrique Acín García, Jefe de Área de Salud Pública

D. Arturo Beltrán Núñez, Magistrado-Presidente de la Sección V- Audiencia Provincial de Madrid

D. Jesús Cáceres García, Jurista del Psiquiátrico Penitenciario-Alicante

D. Francisco Javier Lamas Bosque, Psicólogo del Psiquiátrico Penitenciario-Sevilla

Las aportaciones de los diferentes ponentes resaltaron entre otros puntos: el crecimiento masivo de esta población. La prisión no es una respuesta al problema del enfermo mental. Necesidad de adecuar la ley a estas personas enfermas y de dar respuestas sociales e institucionales. Importancia de incrementar los recursos socio-sanitarios y terapéuticos a esta demanda apremiante.

A través del coloquio se fueron enriqueciendo y contrastando experiencias, dificultades, propuestas y la constatación de la inseparable unión entre la psiquiatría y el derecho, y la necesidad de avanzar en un equilibrio entre ambas disciplinas.

MESA 2. ATENCIÓN PERSONALIZADA A LOS ENFERMOS INTERNADOS EN PSIQUIÁTRICOS PENITENCIARIOS.

Moderada por: **Don Raúl de la Torre Martínez** - Jefe de Área de Ordenación Sanitaria de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

Exponen su experiencia:

D José- Vidal Carballo Corral, Director del Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla

D. Miguel Martín Casillas, Director del Psiquiátrico Penitenciario de Alicante

D. Emilio Calderón Álvarez, Capellán del Psiquiátrico Penitenciario-Sevilla

D. José Vicente Fernández Cerdá, Capellán del Psiquiátrico Penitenciario. Alicante

D. Antonio Guichot Balboa, Asesor Técnico del Defensor del Pueblo Andaluz

Después de la exposición sobre los diversos ámbitos desde donde se realiza la atención personal y terapéutica, siguió un interesante coloquio que abrió el debate, el contraste y múltiples interrogantes en la búsqueda de alternativas para el tratamiento del enfermo mental. Surgieron algunos planteamientos que se recogen en las aportaciones y conclusiones finales. Apuntamos aquí alguna aportación al respecto:



- Dotar a los centros de personal especializado en salud mental
- Eliminar los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios
- Más Hospitales psiquiátricos, Centros de día, pisos tutelados, etc. en las Comunidades Autónomas
- Programas concretos individualizados, para ello más recursos humanos.
- Campañas de sensibilización, tipo tráfico que toquen la sensibilidad de la sociedad.
- Cuidar al cuidador

TEMA 2.- PERSPECTIVAS DE FUTURO EN EL TRATAMIENTO DEL ENFERMO MENTAL EN PRISIÓN.

Por: **Don Antonio del Moral García**. Fiscal en el Tribunal Supremo

La ley debe ser aplicada y reformulada teniendo en cuenta la enfermedad mental de la persona que delinque.

El Encuentro fue seguido con gran interés por parte de los asistentes, con un alto nivel de participación, contraste y buena comunicación entre ponentes y participantes.



2.- CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

- La prisión no es una respuesta adecuada al problema de salud de estos pacientes, más bien es una dificultad añadida a su patología. Por lo que nos reta a buscar alternativas y soluciones, no sólo desde las instituciones responsables al respecto, también desde la sociedad y desde la Iglesia, responsabilizándonos cada uno en el área que nos corresponde.
- El tema de los enfermos mentales en prisión es grave y aumenta en número de forma vertiginosa. Es un problema social, político, de salud pública y eclesial.
- Desde el punto de vista eclesial es una oportunidad para servir y cuidar a las personas más pobres y vulnerables, como es el enfermo mental.
- Supone un reto para la Iglesia que debe formar a la comunidad cristiana comprometida en este campo aprovechando la oportunidad para ser voz profética de este colectivo cuando la dignidad y los cuidados hacia el enfermo mental se ven heridos y no respetados.
- Exigir a la administración sanitaria, estatal y autonómica que habiliten los medios económicos suficientes y necesarios para crear recursos específicos que atiendan y solucionen los problemas de las personas con enfermedad mental y sus familias.
- ¿Cuánto cuesta atender a un enfermo mental en un Hospital Psiquiátrico Penitenciario? Habría que traspasar estas cantidades a las Comunidades Autónomas para la creación de recursos socio-sanitarios, para atender su patología como a cualquier ciudadano.
- Llamar la atención sobre la situación todavía más delicada e indefensa de personas con discapacidad intelectual que se encuentran internados en las prisiones por desconocimiento de los recursos existentes o por la carencia de ellos en algunas Comunidades Autónomas.
- Implicación de la sociedad civil y de la Iglesia en la puesta en marcha de recursos socio-sanitarios con la participación económica de la administración estatal y autonómica

- Mayor atención y apoyo a las familias cuando los enfermos mentales abandonan el Centro Penitenciario y vuelven a la familia. Creación y promoción de recursos de apoyo, desahogo y autoayuda
- Plantear una reforma del tratamiento de los enfermos mentales, tanto con los que cometen alguna falta o delito, cuanto con los que no infringen la ley penal.
- Profundizar en el tema de la prevención
- Falta de coordinación entre los recursos y las diversas administraciones
- Que en estos Encuentros se enfoque el problema de los enfermos mentales no sólo desde el punto de vista judicial y sanitario-psiquiátrico sino también desde la implicación de la sociedad y de la Iglesia
- Que se haga la valoración del enfermo mental antes de ser juzgado y que los jueces tengan información de los recursos existentes para el estudio de alternativas antes de enviarlos a prisión

3-. APORTACIONES DE LOS PARTICIPANTES

- Es tarea de los profesionales romper la evidente asociación que sigue existiendo entre enfermedad mental y amenaza social, igualándose los dos términos. Levantando muros no nos protegemos todos.

- Es una exigencia ética y moral tratar a los enfermos mentales existentes en prisión, pero de la manera adecuada. Evidentemente en prisión NO ES POSIBLE una atención especializada. Al enfermo tienen que cuidarlo los servicios sanitarios y no los servicios penitenciarios.

- Cárcel es sinónimo de castigo, y los profesionales sabemos que el castigo para un enfermo mental NO SIRVE PARA NADA.

- Es evidente que no se soluciona todo con el Código Penal, porque es a las Comunidades Autónomas a las que corresponde la atención especializada de sus ciudadanos, y creo que se pueden sancionar determinadas conductas de otra manera sin necesidad de llenar las cárceles. Creo que el Derecho Penal se ha creado para personas cuerdas y se aplica a personas con trastornos mentales de igual manera.

- ¿Qué hacemos con las personas que desarrollan la enfermedad mental después de que se dicte una sentencia? Los que hemos trabajado años en prisiones no podemos desprendernos de la imagen de entrar a un módulo y ver a un enfermo mental y preguntarnos ¿qué "pinta" esta persona aquí?).

- Es evidente que la enfermedad mental deteriora al enfermo, pero, si encima "institucionalizamos" a dicho enfermo y no lo integramos, la persona se deteriora cada vez más de manera progresiva.

- Faltan centros para los que tienen tutela, salen en libertad y carecen de familia y de apoyo exterior. Estos centros no sólo serían de acogida, deberían de disponer no sólo de la atención sanitaria sino de acompañamiento terapéutico

- Cambio de enfoque del problema, no tanto como de la institución penitenciaria, sino como de una necesidad (problema) social

- Inconveniencia de recluir en Centros Penitenciarios, aun con el adjetivo de psiquiátricos, a personas con patología dual.
- ¿Por qué le cuesta tanto a la sociedad admitir que existen enfermos mentales que en determinadas ocasiones no son responsables de sus actos?
- ¿Sería posible crear juzgados especializados en salud mental?
- Consciencia, conciencia y responsabilidad social
- Cambios y soluciones legales
- Poner el acento y la exigencia en que estos pacientes sean tratados y atendidos como les corresponde, es decir como pacientes que son
- Un gran número de enfermos mentales o con patologías duales viven en la calle, han abandonado los tratamientos y viven en la marginalidad. Ante la falta de recursos socio-sanitarios para ellos, son internados en prisión y cuando cumplen la condena regresan a la misma marginalidad
- Estigmatización social, prejuicio también por parte de los profesionales, incluso de los sanitarios, tanto dentro como fuera de los Centros Penitenciarios

4.- CONTENIDOS DE MENSAJES Y PONENCIAS

1.- Mensaje de D^a. Mercedes Gallizo, Directora de Instituciones Penitenciarias

Quiero, en primer lugar, felicitar a Pastoral Penitenciaria por la celebración de este V encuentro que una vez más llama la atención de todos sobre el hecho de que en las prisiones españolas hay muchos enfermos mentales y, sobre todo, porque no tiran la toalla frente a un problema tan grave como el de la enfermedad mental en prisión.

Tengo que decirles que esta es una de las cuestiones que más inquietud crean a esta directora general y eso que por razón de mi cargo, como ustedes supondrán, me enfrento con muchos temas de extraordinaria importancia y de no poca dificultad. Pero, en este caso, nos damos de bruces con algo que moralmente me parece indigno y que políticamente creo que revela una forma equivocada de entender el mundo y los problemas que genera la forma de vida de la sociedad moderna.



Aunque vivimos en el siglo XXI y nos preciamos de tener una democracia que ha puesto los derechos humanos en el frontispicio de nuestro sistema, en la opinión pública y en muchos responsables de ordenar nuestra convivencia, se ha instalado la idea de que el sistema penitenciario ha de ser el depósito o la guardería de aquellas personas afectadas por patologías -en este caso, mentales- que pueden ser un riesgo para otras personas, argumentando una función preventiva, que no tiene cabida en el ordenamiento constitucional, ni en el entorno europeo democrático y civilizado en el que vivimos.

No es un problema sólo de nuestro país. Toda nuestra civilización arrastra una incapacidad evidente para abordar de manera razonable esta cuestión. Todos queremos medidas contundentes frente a los riesgos, pero pocos asumen que la preocupación por la seguridad de todos está indisolublemente unida a la necesidad de tratar las patologías que la sociedad crea, las enfermedades sociales, las discapacidades, las enfermedades mentales... terapéuticamente, para prevenir que devengan en dramas humanos para quien las padece y en dramas sociales para quien sufre el efecto de esta desatención. Un enfermo mental no tratado, no atendido, no controlado produce violencia y agresividad, se convierte en un riesgo para todos. La prisión controla de manera temporal los efectos de ese riesgo en la medida en que aísla durante un tiempo a una persona de su medio, pero no sirve para abordar el problema en su raíz, para evitar que esa persona cuando acabe su condena, si no ha superado su enfermedad, reincida; ni para evitar que cada día haya nuevas personas a las que el abandono institucional en el tratamiento de su enfermedad las lleve de nuevo a nuestras puertas.

Existen problemas en la sociedad, en relación con las enfermedades mentales, que afectan a la convivencia y a las relaciones sociales y que producen alarma social, y debemos ser muy sensibles a ellos, pero en ningún caso el sistema penitenciario puede ni debe suplir lo que el sistema de salud debe proveer.

Nuestra sociedad, que se enorgulleció de cerrar los psiquiátricos, tiene que abrir prisiones que nunca son suficientes, para albergar a algunos de los que eran sus inquilinos, después de que hayan producido dolor, daño a otros y daño a si mismos.

Estamos acabando un estudio sobre la incidencia de la enfermedad mental en la población penitenciaria cuyos resultados son bien reveladores de la magnitud de este problema.

En los últimos años, los internos con trastornos psiquiátricos están aumentando en números absolutos, bien es verdad que también está aumentando el número de internos en general, pero las patologías psiquiátricas son una realidad cuantitativa y cualitativamente muy importante en nuestro sistema. El estudio al que antes hice referencia (del que hemos excluido por razones obvias a los pacientes de los hospitales psiquiátricos penitenciarios) nos dice que un 25% de las personas que ingresan en prisión tienen acreditados diagnósticos psiquiátricos y esto sin considerar los producidos por dependencia de las drogas.

En esta legislatura hemos incrementado nuestros esfuerzos y vamos a hacer muchos más para abordar este problema. Asumimos nuestra responsabilidad con la seguridad de la sociedad y también con el tratamiento de los enfermos mentales en prisión. Hemos desarrollado diversos programas y, como ya dije tenemos en marcha un proyecto global del actuación, pero quiero decir con toda claridad que este no es el camino adecuado.

A renglón seguido, y con la misma contundencia, diré que no nos escudaremos en esta constatación para, mientras las cosas no cambien, no hacer todo lo que esté en nuestra mano, para tratar lo mejor posible este problema. Nos sentimos y somos responsables con el trabajo que hacemos y por eso hemos considerado prioritario hacer un plan de actuación con los enfermos mentales en prisión, no sólo por la distorsión que producen en un sistema no preparado para abordar esta realidad, sino también por el sufrimiento que sufren quienes padecen estas patologías y no se encuentran en el medio que más les puede ayudar a afrontarlas. Suplimos carencias de otros y lo vamos a seguir haciendo, pero no nos cansaremos de decir que la

cárcel no es el mejor sitio para tratar estas patologías. Si el abordaje del enfermo mental es sin duda problemático en cualquier medio, lo es más en el penitenciario, donde la privación de libertad lo hace aún más penoso. Los vínculos que el enfermo mantiene con su entorno sufren una ruptura mayor cuando se produce el ingreso en prisión.

El trabajo de Pastoral Penitenciaria y del voluntariado con estas personas que están privadas de libertad es una ayuda inestimable para nosotros y, sobre todo, expresa una llamada de atención hacia el sistema y hacia la sociedad que todavía tiene más valor.

Las batallas más difíciles son casi siempre las que se libran contra los prejuicios. En este caso, tenemos que luchar contra el prejuicio que equipara enfermedad mental a amenaza social, que considera esa asociación como algo irreversible y eterno y que cree que levantando muros y aislando a quienes representan un hipotético riesgo nos protegemos todos. Pero el enfermo mental no es una alimaña, sino un ser humano con problemas. Hay enfermos mentales que pueden realizar actos de violencia puntual, al igual que muchos ciudadanos considerados normales pueden cometer actos violentos. Muchos otros enfermos mentales no realizarán nunca actos de violencia, sobre todo si son tratados adecuadamente. Incluso en el caso de quienes han actuado con violencia en un momento dado, esa violencia no tiene que ir necesariamente asociada a toda su vida, sino tratarse de actos que pueden ser controlados debidamente con el adecuado tratamiento médico, psiquiátrico y asistencial.

La enfermedad mental no es un estado permanente. A veces puede vencerse, y otras puede controlarse de manera que sus efectos se minimicen. Hacen falta recursos y medios. Los sistemas de salud no pueden cerrar los ojos a las carencias que hoy existen en el tratamiento de estas personas, cada vez más numerosas.

El peso de los estigmas sociales sobre los pacientes enfermos mentales es todavía estremecedor, pero el desprecio hacia estas personas y la demanda de aislamiento no es la solución. También nos aíslan de la realidad y nos hacen despreciables a quienes nos consideramos equilibrados y sensatos. Es una exigencia ética y moral tratar a estos enfermos como personas que sufren temporalmente por su enfermedad, pero que pueden realizar una vida integrada y útil socialmente y a los que hay que ayudar para que en sus crisis no produzcan daño a otros.

Un año más, Pastoral nos va a ayudar recordar esto. Con la humanidad que mueve su acción y con el rigor con que hacen su trabajo. No hay más que ver el elenco de profesionales que han incorporado a este Encuentro.

Ojala que la reflexión de estos dos días nos ayude a todos a entender y tratar mejor esta cuestión en nuestro sistema penitenciario. De la misma manera, que me gustaría que estas preocupaciones alcanzasen al otro lado de los muros y que seamos sensibles a la situación de estas personas al volver a la sociedad, donde no es fácil escapar a la doble estigmatización derivada de su condición de enfermos y de ex presos. Y donde no van a disponer de algunos de los recursos que, aun mejorables e insuficientes, disponen en prisión.

Gracias a todos y buen trabajo.

2.- Tema primero: Tratamiento del enfermo mental en prisión



¿Por qué hay muchos enfermos mentales en prisión?

- Carencia de apoyo familiar y social
- Marginalidad
- Rechazo al “enfermo-delincuente”
- Indefensión en el proceso penal

¿Por qué hay muchos enfermos mentales en prisión?

- Carencia de tutela tras la desinstitucionalización
- Déficit de dispositivos comunitarios abiertos y cerrados ?

? De la desinstitucionalización de la Reforma Psiquiátrica a la Reinstitutionalización en prisión.

Situación actual

Nueva institucionalización de los enfermos mentales en los CP en sustitución de los manicomios.

- Cada vez hay más enfermos mentales en la calle sin atención sanitaria alguna.
- Los enfermos mentales están a veces peor atendidos en sus domicilios que antes en los hospitales.
- Cada vez hay más enfermos en prisión.

(Schizophrenia Association of Great Britain" en 1994)

¿SI UNA SOCIEDAD LIBERA A LOS LOCOS DE SU ENCIERRO, SIGNIFICARÁ ESTO QUE LA PRISIÓN OCUPARÁ EL ESPACIO VACÍO DEJADO POR EL MANICOMIO?

(Michel Foucault, 1970)

Si la sociedad no habilita dispositivos asistenciales y sociales dignos y adecuados para los enfermos o los marginados, la prisión se convierte en el elemento sustitutivo ante aquellas carencias.

ACTUACIONES DE LA DGIP

- 1ª JORNADAS DE SALUD MENTAL EN EL MEDIO PENITENCIARIO.
- JORNADA TÉCNICA SOBRE LA CONDUCTA SUICIDA EN EL MEDIO PENITENCIARIO.
- ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.
- ESTUDIO SOBRE SALUD MENTAL.
- PLAN DE FORMACIÓN EN SALUD MENTAL.
- MODERNIZACIÓN DE LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS PENITENCIARIOS.
- PROGRAMA MARCO DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA ENFERMOS MENTALES.

PROGRAMA MARCO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMOS MENTALES EN CENTROS PENITENCIARIOS (PAIEM)

OBJETIVO GENERAL

- La normalización e integración social del interno entendida como el estado en el que la persona sea capaz física, psíquica y socialmente de hacer frente a las situaciones con las que deba enfrentarse de la forma más autónoma posible

PROGRAMA MARCO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMOS MENTALES EN CENTROS PENITENCIARIOS (PAIEM)

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Detectar, diagnosticar y tratar a todos los internos que sufran algún tipo de trastorno mental y efectuar su derivación al programas de rehabilitación.
2. Mejorar la calidad de vida de los enfermos, aumentar su autonomía personal y la adaptación al entorno.
3. Optimizar la reincorporación social y la derivación adecuada a un recurso socio-sanitario comunitario.

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

1. PROGRAMA DE ATENCIÓN CLÍNICA
2. PROGRAMA DE REHABILITACIÓN
3. PROGRAMA DE REINCORPORACIÓN SOCIAL

1. PROGRAMA DE ATENCIÓN CLÍNICA

- DETECCIÓN DE ENFERMOS CON ENFERMEDAD MENTAL (anexo 1)
- DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO MÉDICO
Ausencia de enfermedad mental.
Diagnóstico de enfermedad mental.
 - diagnóstico, tratamiento médico y control en atención primaria.
 - derivación al médico psiquiatra para diagnóstico y tratamiento.
 - derivación a Unidad Hospitalaria Psiquiátrica u otro dispositivo comunitario.
- DERIVACIÓN AL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

2.- PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

- EVALUACIÓN DE HABILIDADES Y DISCAPACIDADES
- ELABORACIÓN DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN (PIR)
- EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO

2.- PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

EVALUACIÓN DE HABILIDADES Y DISCAPACIDADES

- A diferencia de la evaluación clínica centrada en síntomas, la evaluación en rehabilitación debe centrarse en las capacidades y discapacidades de las personas (Anexo 2)

Autocuidados
Autonomía
Autocontrol
Relaciones interpersonales
Funcionamiento cognitivo
Medicación y tratamiento

2.- PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

ELABORACIÓN DEL PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACIÓN (PIR)

- OBJETIVOS REHABILITADORES
- ACTIVIDADES REHABILITADORAS
 - Actividades de utilización del ocio, cultura y tiempo libre
 - Actividades académicas
 - Actividades formativo-laborales y de integración laboral
 - Actividades de evitación de los efectos nocivos del internamiento prolongado y mejora de habilidades adaptativas e integración social y familiar
 - Actividades de terapia asistida con animales (TACA)
 - Actividades de mejora del funcionamiento psicosocial y autonomía
- PROCEDIMIENTO

2.- PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

EJECUCIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

- EVALUACIÓN MULTIDISCIPLINAR

3. PROGRAMA DE REINCORPORACIÓN SOCIAL

Objetivos:

- Gestionar las posibles prestaciones socio-económicas a tuvieran derecho el enfermo.
- Impulsar el soporte familiar para facilitar la reinserción social.
- Facilitar el contacto y compromiso con entidades y asociaciones cuyo objetivo sea la integración del enfermo mental en la sociedad.
- Efectuar la derivación a un dispositivo socio-sanitario comunitario para todos los enfermos mentales que son puestos en libertad.
- Efectuar la derivación a un dispositivo socio-sanitario comunitario para el cumplimiento de medidas de seguridad.

- Es evidente la estrecha relación que existe entre los tres Programas:
 - ✓ Atención Clínica
 - ✓ Rehabilitación
 - ✓ Reincorporación Social

- No son programas independientes, están unidos formando un todo, absolutamente necesario para conseguir el objetivo del Programa de Atención Integral para Enfermos Mentales – PAIEM

- Es necesaria la colaboración del SNS en materia de atención médica del enfermo mental y de las CCAA en la búsqueda de alternativas al medio penitenciario adecuadas en los casos de internamientos judiciales tanto derivados de sentencia como por causa de enajenación sobrevinida.

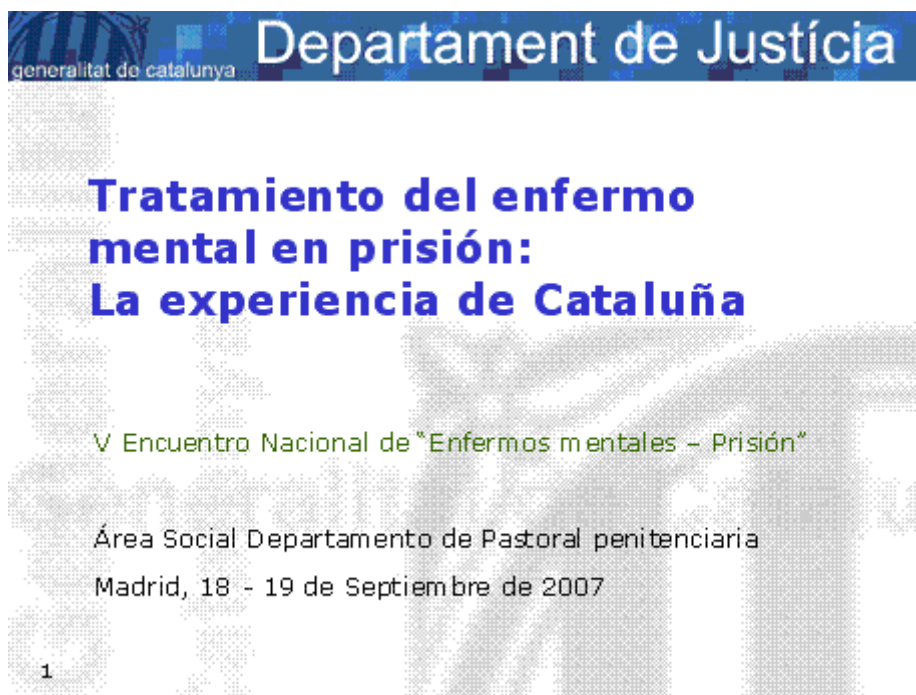
- Es preciso reforzar la corresponsabilidad de las instituciones implicadas en el manejo del enfermo mental que ingresa en prisión y/o sometido a medidas de seguridad:
 - ✓ Instituciones Penitenciarias
 - ✓ Poder Judicial
 - ✓ Comunidades Autónomas (Salud y Servicios Sociales)
 - ✓ Ministerio de Sanidad

- Es necesaria la colaboración del SNS en materia de atención médica del enfermo mental y de las CCAA en la búsqueda de alternativas al medio penitenciario adecuadas en los casos de internamientos judiciales tanto derivados de sentencia como por causa de enajenación sobrevenida.

- Es preciso reforzar la corresponsabilidad de las Instituciones implicadas en el manejo del enfermo mental que ingresa en prisión y/o sometido a medidas de seguridad:

- ✓ Instituciones Penitenciarias
- ✓ Poder Judicial
- ✓ Comunidades Autónomas (Salud y Servicios Sociales)
- ✓ Ministerio de Sanidad

3.- Tema primero: Tratamiento del enfermo mental en prisión: La experiencia de Cataluña



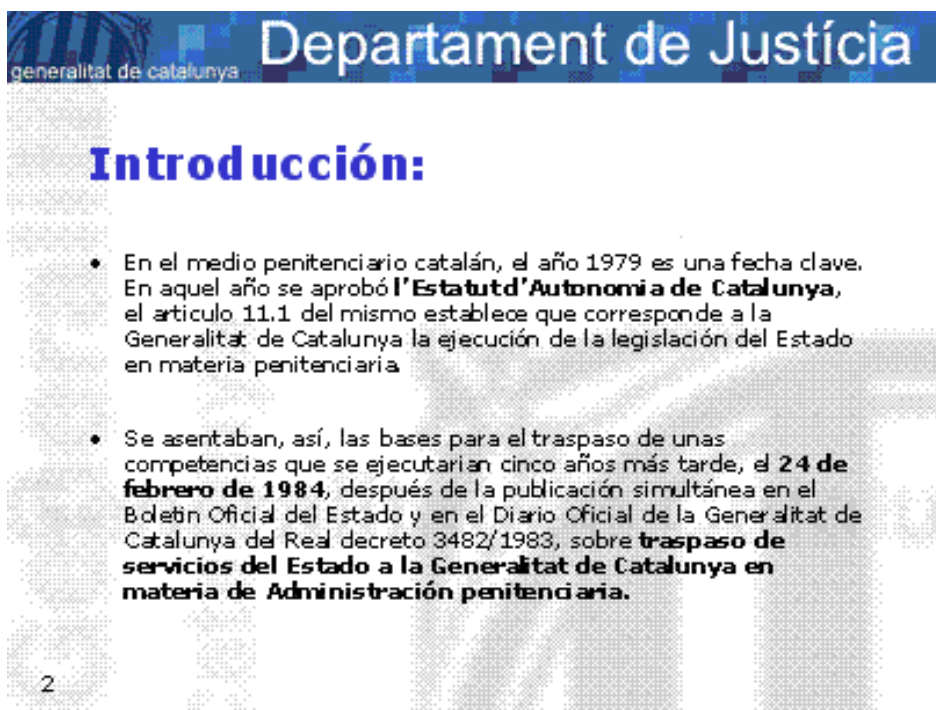
generalitat de catalunya Departament de Justícia

Tratamiento del enfermo mental en prisión: La experiencia de Cataluña

V Encuentro Nacional de "Enfermos mentales - Prisión"

Área Social Departamento de Pastoral penitenciaria
Madrid, 18 - 19 de Septiembre de 2007

1



generalitat de catalunya Departament de Justícia

Introducción:

- En el medio penitenciario catalán, el año 1979 es una fecha clave. En aquel año se aprobó l'**Estatut d'Autonomia de Catalunya**, el artículo 11.1 del mismo establece que corresponde a la Generalitat de Catalunya la ejecución de la legislación del Estado en materia penitenciaria.
- Se asentaban, así, las bases para el traspaso de unas competencias que se ejecutarían cinco años más tarde, el **24 de febrero de 1984**, después de la publicación simultánea en el Boletín Oficial del Estado y en el Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya del Real decreto 3482/1983, sobre **traspaso de servicios del Estado a la Generalitat de Catalunya en materia de Administración penitenciaria**.

2

Introducción:

- Por otro lado, en ese mismo año se publicó la **Ley General Penitenciaria (LOGP)** y el **Reglamento Penitenciario (RP)** que desarrolla la ley.
- Des del punto de vista sanitario, la LOGP y el RP **regulan la asistencia sanitaria, tanto penitenciaria como extrapenitenciaria**, y definen las prestaciones sanitarias e, incluso, las dotaciones necesarias, materiales y humanas, para llevarlas a término. Estableciendo como premisas básicas el derecho a la salud del recluso y la obligación concreta para la Administración de velar por esta salud, así como por la vida y la integridad de los internos.

3

Asistencia Sanitaria Penitenciaria Legislación Básica

- Constitución Española
Art.: 35; 26.2.
- Estatuto de Autonomía de Cataluña
Art.: 11.3; 37.
- Ley Orgánica General Penitenciaria (LOGP). 1979
Art.: 34; 36-40.
- Reglamento Penitenciario (RP). 1995
Art.: 49; 88; 183-191; 207-220.
- Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña (Ley 15/1990)
- Reglas mínimas para el tratamiento del recluso
Ser. Consejo de las Naciones Unidas sobre Prevención del delito y tratamiento del delinvente (Ginebra 1955)
- Normas Penitenciarias Europeas (1987)
- Reglament d'organització i funcionament dels serveis d'execució penal a Catalunya

4

Para entender el modelo de gestión del sistema penitenciario catalán, es quizás mucho más práctico citar una serie de palabras y situaciones clave:

- Transferencias en Sanidad
- Red hospitalaria de utilización pública (XHUP)
- Servicio Catalán de la Salud (SCS)
- No duplicar servicios: rentabilidad-eficacia
- Equidad socio sanitaria
- Programa de sanidad penitenciaria

5

Departament de Justícia

Transferencias en Sanidad

- Efectuadas a principios de los años 80 con la transferencia de la gestión del INSALUD, en julio de 1983 se crea el Instituto Catalán de la Salud (ICS) como entidad gestora de servicios y prestaciones sanitarias de Catalunya.

6

Departament de Justícia

Red hospitalaria de utilización pública (XHUP)

- La red hospitalaria de Catalunya se caracteriza porque alrededor del 70% de las camas hospitalarias son de titularidad privada vinculadas a entidades sin ánimo de lucro, corporaciones locales y/o provinciales y a la iglesia, mientras que el 30% restante corresponde a centros propios de la Seguridad Social (ICS).

7

Departament de Justícia

Servicio Catalán de la Salud (SCS)

- El Sistema Nacional de Salud adopta en Cataluña la figura de ente autónomo con dos características específicas:
 - Asignación de recursos económicos con criterios de eficiencia global del sistema.
 - Gestión de centros de producción de servicios sanitarios mediante financiación pública, pero provisión mixta, privada o concertación pública directa.

8

Departament de Justícia

No duplicar servicios: rentabilidad - eficacia

- La propia existencia de una red sanitaria pública y la inexistencia de recursos y equipamientos sanitarios penitenciarios en el momento de las transferencias facilitan la toma de decisiones por un modelo que opta por la no creación de una nueva infraestructura y dispositivos asistenciales ajenos al existente. Se trata de rentabilizar los centros hospitalarios de la XHUP (Red hospitalaria pública) mediante acuerdos o conciertos económicos pero efectuando adaptaciones y mejoras en términos de eficacia y seguridad.

9

Departament de Justícia

Equidad socio-sanitaria

- Es obligado, en este punto, hacer una breve referencia al marco jurídico constitucional así como al artículo 3 de la **Ley Orgánica General Penitenciaria** que dispone que la Administración Penitenciaria tiene la obligación de velar por la vida, la integridad y la salud de los internos. En Cataluña, la **Ley de Ordenación Sanitaria** en su artículo 2.a) también regula la protección de la salud bajo una concepción integral e integradora de los distintos niveles asistenciales y, asimismo, plantea a posteriori objetivos para la población penitenciaria en el propio **Plan de salud de Cataluña**, instrumento de referencia para la planificación de cualquier actuación sanitaria pública en Cataluña.

10

Departament de Justícia

Programa de sanidad penitenciaria (1)

- Diseñado como una actuación interdepartamental de las Consejerías de Justicia y de Sanidad y Seguridad Social, en septiembre de 1990 se pone en marcha, adscrito a la Dirección General de Servicios Penitenciarios y de Rehabilitación.
- La finalidad del mismo era el analizar en profundidad la situación sanitaria en los centros penitenciarios catalanes, establecer el orden de prioridades, la relación coste/beneficio de sus objetivos y proponer un plan estratégico a corto, medio y largo plazo.

11

Departament de Justícia

Programa de sanidad penitenciaria (2)

- En síntesis se establecieron cuatro grandes bloques temáticos:
 - Atención primaria de la salud
 - Asistencia hospitalaria
 - Atención sociosanitaria
 - Salud Mental

12

Departament de Justícia

Reordenación de la salud mental en los centros penitenciarios de Cataluña

Atención Primaria:

- Dosis e Piquete a consultar a cada centro, que dependen de la Red Pública de Salud Mental, mediante convenios de prestación de salud.

Servicios de Internamiento u Hospitalización:

- Unidades de psiquiatría y las enfermeras de los centros Brians y Hombres de Barcelona.
- Unidad Psiquiátrica en Salud Mental de Q. Camins
- Pabellón hospitalario penitenciario de Terrassa (4)
- Unidad de hospitalización psiquiátrica penitenciaria

Servicios de Rehabilitación:

- Centro de la Pinet
- Programa A.C.C EPTA (Eliminación Psiquiátrica)

13

Departament de Justícia

Sistemática de funcionamiento del servicio:

1. Atención ambulatoria especializada en el centro de referencia. En todos los centros penitenciarios.
2. Tratamiento intensivo en régimen de hospitalización parcial. En los centros penitenciarios de Hombres, Brians y Quatre Camins
3. Servicio de rehabilitación psicossocial. En todos los centros penitenciarios.
4. Residencia para enfermos mentales. En los centros penitenciarios de Hombres, Brians y Quatre Camins.

14

generalitat de catalunya **Departament de Justícia**

Atención ambulatoria especializada

1. Interconsultas con los médicos generales
2. Primeras visitas: exploración, diagnóstico y tratamiento. Decisión de reenviar al médico general con recomendaciones terapéuticas y reevaluación posterior, o bien continuar tratamiento especializado.
3. Evaluaciones judiciales (peritajes)
4. Seguimiento de casos graves. Seguimiento de los pacientes residenciales y en rehabilitación.
5. Tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos.
6. Programa de inserción a la salida (coordinación con recursos comunitarios).

15

generalitat de catalunya **Departament de Justícia**

Tratamiento intensivo en régimen de hospitalización parcial

Hospitalización en la enfermería de psiquiatría del centro penitenciario

- Tratamiento intensivo por tiempo limitado.
Llegada de un paciente al centro, inicio del programa terapéutico..
- mayor intensidad en las actividades de grupo y dirigidas a objetivos específicos:
relaciones interpersonales, conciencia de enfermedad, conocimiento y las actitudes adecuadas para afrontar el trastorno, elaboración emocional del hecho delictivo, etc.

16

generalitat de catalunya **Departament de Justícia**

Servicio de rehabilitación psicosocial (centro de día)

- Programa destinado a recuperar los déficits y disfunciones propias de la evolución de los trastornos mentales severos.
- Utiliza una herramienta básica, el Proyecto individual de Rehabilitación y Reinserción (PIRR).
- El centro de día se estructura en base a los siguientes programas:
 - Programa funcional de actividades básicas:
 - Área cognitiva.
 - Área relacional.
 - Área pragmática-conductual.
 - Área emocional.
 - Programa de soporte de los pacientes residenciales. Actividades ocupacionales y laborales
 - Programa de inserción a la salida (coordinación con recursos comunitarios).

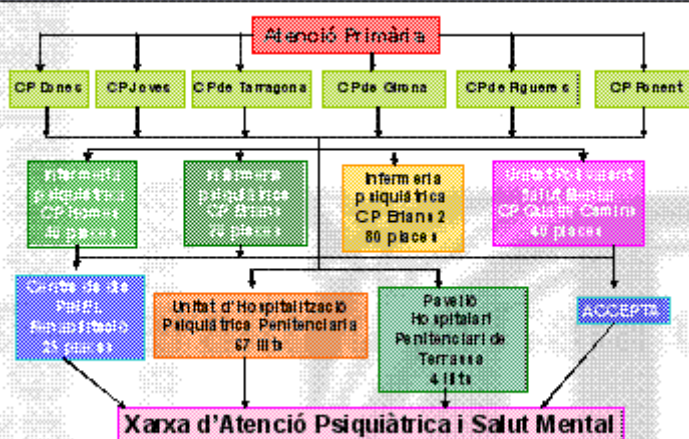
17

Unidad residencial

- Modalidad de vida y convivencia de manera temporal o indefinida, cuando por razón de enfermedad mental, no se considera adecuada para la rehabilitación la estancia en los módulos reglamentarios.
- Estancias breves por circunstancias psicosociales que no impliquen clínica aguda, siempre y cuando se acompañen de medidas terapéuticas disponibles en la enfermería del centro y que no requieran una atención continuada o de riesgo, propio de la Unidad Polivalente, o bien, de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria de Cataluña.
- Los residentes más deteriorados, en el caso que no estén en las unidades de hospitalización, seguirán un programa básico de mantenimiento, si es que no pueden beneficiarse de las actividades más avanzadas.

18

Atenció Psiquiàtrica als Centres Penitenciaris de Catalunya



Unidad de hospitalización psiquiátrica penitenciaria de Cataluña

- Gestionada por Sant Joan de Déu. Serveis de Salut Mental con un contrato con Cat Salut (Departamento de Sanidad y Seguridad Social)
- Ubicada dentro del recinto del Centro Penitenciario Brians, en la población de Sant Esteve de Sesrovires.
- Dispone de 67 plazas, con una distribución interna de cuatro plantas diferenciadas funcional y estructuralmente.
 - Urgencias (24 horas, 365 días/año)
 - Agudos (10 camas)
 - Subagudos (15 camas)
 - Crónicos (42 camas, en dos unidades de 27 y 15 camas)

20

generalitat de catalunya **Departament de Justícia**

Unidad de hospitalización psiquiátrica penitenciaria de Cataluña

Objetivos:

- Detectar la patologia mental grave en els centres penitenciaris
- Valorar i dirigir almetge al centre mental de referència
- Dar atenció en les crisis
- Gestionar la coordinació amb la red psiquiàtrica de la població general para assegurar la continuïtat assistencial en els casos que així ho requera.
- Informar i orientar al sistema a los servicios judiciales de la situació clínica i evolutiva de los pasients ingressats, e especial de aquells que estan sotmesos a una mesura de seguretat
- Gestionar el centre de referència i especializado mitjançant la formació, docència i investigació

21

generalitat de catalunya **Departament de Justícia**

Procediment d'ingrés

URGENT ↔ **PROGRAMADA**

URGENT:
Acord previ entre metge de guàrdia o psiquiatra del CP i psiquiatra de guàrdia de la UHPP
↓
Informe valoració psiquiàtrica
Trasllat abans de 4 hores, amb o sense ambulància
Valoració 30 min.
↓
INGRESA (blue box) ↔ **RETORN a CP** (red box)
> 1m: Reclama Expedient, Canvi d'assignació
< 30 min. MC: Informe alta
> 30 min. AC

PROGRAMADA:
Acord previ entre psiquiatres del CP i UHPP
↓
Planificació setmanal (green box)
↓
• Servei de Sanitat comunica a Servei de Règim, amb antelació suficient (tipus de conducció)
• Ingressa de 9 a 14 h en Unitat d'ingressos del CP
• Informe de valoració sanitària
• Expedient penitenciari

generalitat de catalunya **Departament de Justícia**

Director de Àrea: Francesc Pérez Anau

Administrativa

UHPP
Guardador: Alvan Muri

FUNCIÓ DE SERVEIS

- AGUDOS 10
- SUBAGUDOS 14+1
- MILLE 25 +2
- TAC 14+1

Diagnòstic, Estabilització, Contenció (pink dashed circle)
Rehabilitació (yellow solid circle)

23

Departament de Justícia

UHPP Catalunya

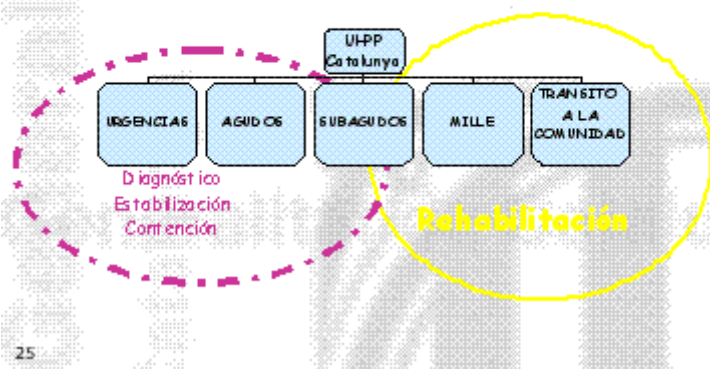
Equipo interdisciplinario:

- Administrativas
- Auxiliares
- DES
- DTS
- DUE
- Educadores
- Funcionarios
- Juristas
- Médicos: psiquiatras, medicina de familia
- Monitores
- Psicólogos

24

Departament de Justícia

UHPP: Estructura



25

Departament de Justícia

UHPP: Estructura

Servicio urgencias:

- Atención 24h para toda la población penitenciaria de Cataluña.
- Derivación por parte médico de módulo o psiquiatra del centro penitenciario
- Valoración
- Ingreso

26

generalitat de catalunya **Departament de Justícia**

UHPP: Estructura

Unidad de Agudos:

10 camas

- Objetivos: Contención de la crisis, valoración diagnóstica, instauración de tratamientos y estabilización psicopatológica.
- Estancia media: 21 días
- Alta: módulo/enfermería de procedencia u otro recurso de la unidad.

27

generalitat de catalunya **Departament de Justícia**

UHPP: Estructura

Unidad de subagudos:

14 camas + 1 contención

- Objetivos: finalizar estabilización psicopatológica, inicio proceso de rehabilitación.
- Estancia media: 3 a 6 meses
- Alta: módulo/enfermería de procedencia u otro recurso de la unidad.

28

generalitat de catalunya **Departament de Justícia**

UHPP: Estructura

Unidad de Media y Larga Estancia:

25 camas + 2 de contención

- Objetivos: trabajo de rehabilitación psicosocial, para evitar la discapacidad, trabajando por programas:

- Educativos
- Sanitarios
- Actividades vida diaria

29

- Estancia media---2 años ¿?

generalitat de catalunya **Departament de Justícia**

UHPP: Estructura

Tránsito a la comunidad:

14 camas + 1 contención

- Objetivo: rehabilitación y extemación
- Estancia: pacientes con 1 año o menos para la finalización de la privación de la libertad
- Alta: recurso civil, sociedad.
- Estancia media—12 meses ¿?

30

generalitat de catalunya **Departament de Justícia**

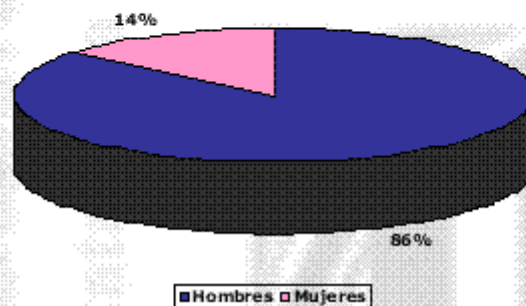
Características de los ingresados en la Unidad Hospitalaria Psiquiátrica Penitenciaria de Cataluña

-UHPP-

31

generalitat de catalunya **Departament de Justícia**

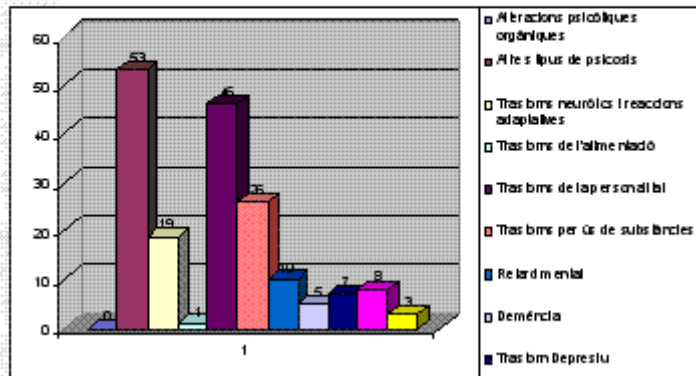
Pacientes atendidos según sexo



32

33

DIAGNÒSTICS DE PACIENTS DONATS D'ALTA



34

Comparativa
 2004/2005/2006

35

generalitat de catalunya **Departament de Justícia**

ALTAS

	2004	2005	2006
Agudos	93	129	119
Subagudos	41	43	47
MILLE	36	12	12
TAC	15	15	15
Total	185	199	193

37

generalitat de catalunya **Departament de Justícia**

INGRESOS

	2004	2005	2006
Agudos	103	128	119
Subagudos	54	42	48
MILLE	45	9	13
TAC	25	19	13
Urgencias	14	34	24
Total	227	198	217

36

generalitat de catalunya **Departament de Justícia**

INGRESOS y procedencia

	2004	2005	2006
Brians	35	36	26
Homes BCN	63	35	26
Q. Camins	26	13	21
Recurso sanitario	5	4	7
Juzgados	9	5	6
Otros CP.	27	32	31
Total	165	125	117

38

generalitat de catalunya **Departament de Justícia**

ALTAS y derivación

	2004	2005	2006
Enf. Psq. Brians	22	17	17
CP Brians	11	29	22
Inf. Psq.Homes	25	28	18
UP Q. Camins	19	11	23
Recurso sanitario	23	31	14
Libertad	8	21	8
Otros CP.	27	10	24
Exitus	0	0	1
Total	135	147	127

39

generalitat de catalunya **Departament de Justícia**

INGRESOS y situación penal

	2004	2005	2006
Penado	85 (39,72)	64 (51,2)	63 (53,85)
Penado con OJ	9 (4,21)	1 (0,8)	3 (2,56)
Preventivo	64 (29,91)	38 (30,4)	33 (28,21)
Preventivo con OJ	13 (6,07)	11 (8,8)	6 (5,13)
Medida Seguridad	43 (20,09)	11 (8,8)	12 (10,25)
Total	214 (100)	125 (100)	117 (100)

40

generalitat de catalunya **Departament de Justícia**

Tasa de ocupación (%)

	2004	2005	2006
Agudos	59,97	87,67	72,11
Subagudos	67,40	73,57	78,11
MILLE	82,87	82,32	87,48
TAC	54,24	84,54	87,63
Total	66,12	82,03	81,33

41

generalitat de catalunya **Departament de Justícia**

Estada media por Unidad (en días)

	2004	2005	2006	Estada óptima
Agudos	21,25	20,02	22,12	21
Subagudos	66,33	89,60	83,79	30/90
MILLE	181,49	867,33	614,08	720
TAC	118,80	227,47	344,46	365

42

generalitat de catalunya **Departament de Justícia**


Muchas gracias por su atención

rguerrero@gencat.net

Rafael A. Guerrero Moreno
Responsable Àrea sanitària.
Subdirecció general de rehabilitació i sanitat.
Secretaria de Serveis penitenciaris i Justícia Juvenil. Departament de Justícia

43

4.- Comunicación: Enfermos mentales en prisión: situación actual

 **MINISTERIO DEL INTERIOR**

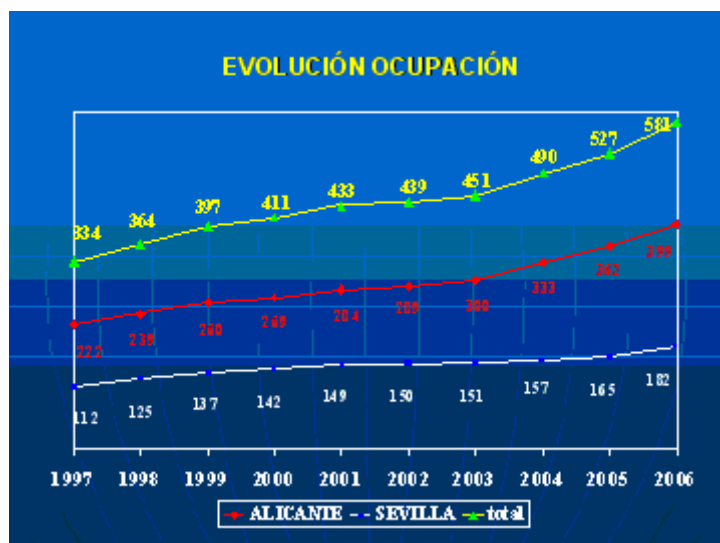
DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS
SUBDIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD PENITENCIARIA

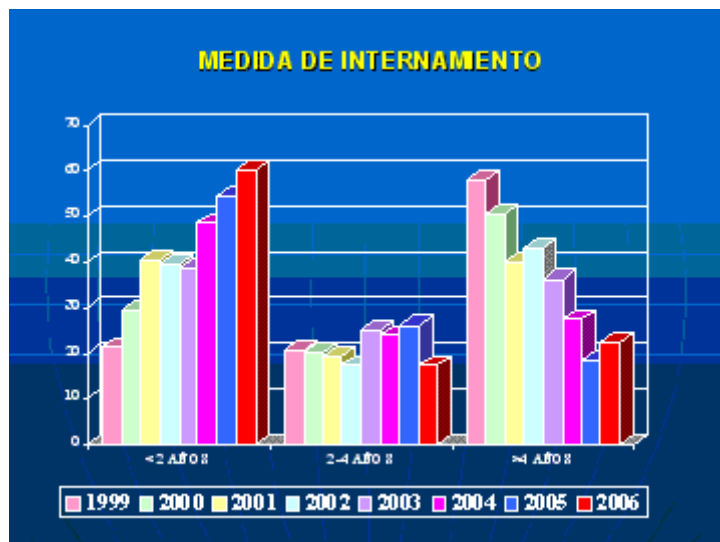
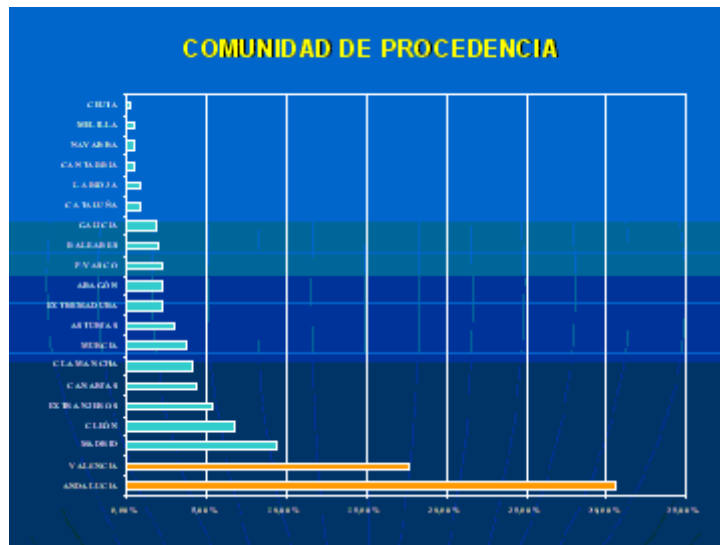
ENFERMOS MENTALES EN PRISIÓN SITUACIÓN ACTUAL

Dr. Enrique J. Acín García
Jefe del Área de Salud Pública

1.- INTERNADOS EN PSIQUIÁTRICOS PENITENCIARIOS

- La ocupación actual de ambos centros supera ampliamente tanto su capacidad teórica como operativa.
- La escasez de los recursos extrapenitenciarios y la inhibición de los organismos comunitarios contribuye al aumento de la presión asistencial en los hospitales penitenciarios. Se produce un refuerzo del desarraigo y de la desvinculación familiar, lo que conduce a una mayor dificultad para su tratamiento y reinserción.
- La escasez de alternativas comunitarias y/o penitenciarias específicas conduce a una demanda de ingreso, muchas veces consumada, de personas no susceptibles de ser tratadas en una institución cerrada de carácter psiquiátrico y para las cuales su paso por ésta puede ser incluso muy perjudicial (toxicomanías diversas, personas con retraso mental, cuadros psicóticos leves o compensados con buena evolución ambulatoria, etc.).



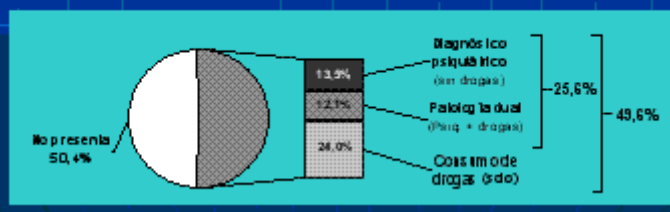


2.- SALUD MENTAL EN CENTROS PENITENCIARIOS

- Existe un porcentaje significativamente elevado de antecedentes de trastornos mentales en las personas que ingresan en prisión, el 17,6%. Incluso un 3,2% tienen antecedentes de ingreso en centro psiquiátrico previo al ingreso en prisión, ignorándose con frecuencia esta patología en el proceso judicial.
- El año previo al ingreso en prisión un 3% de los actuales internos realizó algún intento autolítico. Esta cifra, superior a la del resto de la población general, sitúa muchos factores de riesgo de suicidio en un origen previo al ingreso en prisión. Una vez en prisión constan intentos autolíticos en el último año en el 2,7% de la población reclusa.

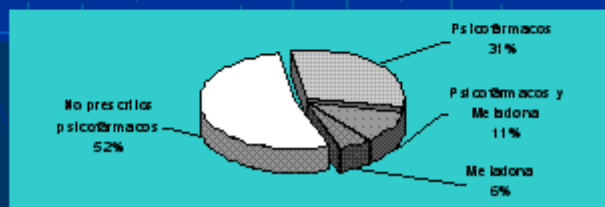
SALUD MENTAL EN CENTROS PENITENCIARIOS

- La población reclusa presenta una elevada tasa de patología mental. El 25,6% de los internos (uno de cada cuatro) tienen recogido uno o varios diagnósticos psiquiátricos en su historia clínica. Este porcentaje se eleva al 49,6% (uno de cada dos) si consideramos los antecedentes de abuso o dependencia a drogas.
- La patología dual asociada al consumo de drogas está presente en el 12,1% de los internos.



SALUD MENTAL EN CENTROS PENITENCIARIOS

- Existe una importante demanda de asistencia psiquiátrica especializada por parte de los profesionales de atención primaria. El 12% de los internos requirió derivación en el último año hacia la atención psiquiátrica especializada para su valoración y tratamiento, cifra muy superior a la requerida para la población general. En concordancia con los anteriores datos, el 31% de los internos tienen prescritos psicofármacos y a estos se suman un 11% más que tienen prescritos conjuntamente psicofármacos y metadona.



SALUD MENTAL EN CENTROS PENITENCIARIOS

- El 1,8% de los internos tiene acreditada la condición de discapacidad psíquica, bien mediante certificación de minusvalía o pruebas psicométricas recogidas en la historia clínica. En números absolutos aproximadamente 1.000 personas con discapacidad psíquica cumplen actualmente condena en nuestros centros penitenciarios.

FINES DEL HOSPITAL



ATENCION MEDICO-PSIQUIATRICA

REHABILITACION PSICO
SOCIAL

REINSERCIÓN SOCIAL

ATENCION PERSONALIZADA AL ENFERMO MENTAL

Tratamiento Penitenciario (art. 62 LOGP)

• *Art. 62.c*

Será individualizado, consistiendo en la variable utilización de métodos médico-biológicos, psiquiátricos, psicológicos, pedagógicos y sociales, en relación a la personalidad del interno.





Basada en:

- Conocimiento de la persona**
- Respuesta a la demanda del paciente**
- Empatia**
- Profesionalidad**
- Respeto mutuo**
- Tolerancia y dialogo**
- Abierta a todos los profesionales**



Actividades artísticas



La actividad artística grupal



La actividad artística individual

Actividades docentes

El modelo clásico:

- Enseñanza reglada en Escuelas.
- Enseñanza a distancia (UNED)

El modelo individualizado:

- Cursos formativos externos.
- Estudios universitarios presenciales.

Actividades culturales



El módulo de educación respeto (M.E.R.)



De la convivencia social a la
autoestima personal
Asunción de responsabilidad
Autogestión



Sala de estar
UNIDAD SEMIAMBULATORIA
(Hospital de noche)

INTERVENCIONES PERSONALIZADAS

- PROGRAMAS TERAPEUTICOS PERSONALIZADOS

Terapia Asistida Animales

Modulo 3

Pacientes con tipología de carencias afectivas



INTERVENCIONES PERSONALIZADAS

- TACA
- Modulo 1
- Patología Dual
- Problemas de convivencia

INTERVENCIONES PERSONALIZADAS

- TALLER DE ACTIVIDADES PLASTICAS GRUPALES

- MODULO 2

Objetivos

- Favorecer la comunicación grupal
- Conseguir la satisfacción del trabajo en grupo
- Controlar la ansiedad de la espera que se produce al trabajar en grupo

Actividades

- Estimulo de áreas tanto motriz como sensitiva y cognitiva del paciente.



INTERVENCIONES PERSONALIZADAS *AGENTES DE SALUD*

- Inicio: 2005
- Agentes de salud intervinientes. 20 (mixto)
- Intervenciones
 - Hábitos higiénicos
 - Sexo seguro
 - Autocontrol de conducta
 - Aumento de participación en actividades
 - Aceptación del tratamiento y de la enfermedad



INTERVENCIONES PERSONALIZADAS
TALLER FOMENTO LECTURA

- Dirigido por un terapeuta
- Fomento de la lectura intercambiando con actos lúdicos y creativos
- Refuerzos



INTERVENCIONES PERSONALIZADAS
PACIENTES CON DISCAPACIDAD PSIQUICA
- TALLER DE APSA -

- Taller de madera.
- Taller de habilidades
- 25 pacientes con discapacidad
- LUGAR DE ACTUACION

INTERVENCIONES PERSONALIZADAS TALLER DE PSICOMOTRICIDAD

- OBJETIVOS
- PACIENTES INTERVINIENTES
 - *Pacientes geriátricos*
 - *Discapacidades*
- LUGAR DE ACTUACION
 - *Enfermería*
 - *Mujeres*



INTERVENCIONES PERSONALIZADAS PROGRAMA DE INTERVENCION CON FAMILIAS

- OBJETIVOS
 - Atender demandas de las familias
 - Aumentar la empatía con el Hospital y profesionales
 - Ayudar a las familias en la interrelación con los pacientes
- CONTENIDOS
 - Visitas al Hospital
 - Día de la familia
 - Asociación de familiares



INTERVENCIONES PERSONALIZADAS SALIDAS - PERMISOS

- PACIENTES CONFLICTIVOS- DE LARGO AISLAMIENTO
 - Nº Pacientes: Tres
- Objetivo: Reducción aislamiento-Socialización conductas-Terapia directa
- CONDICIONES: PERSONAL DIRECTIVO-FUNCIONARIOS- FAMILIA



INTERVENCIONES PERSONALIZADAS *SALIDAS-PERMISOS*

- Salidas Terapéuticas a **Preventivos** por razón del tratamiento
- Caso x.- Protocolo de Suicidio
 - Dependencia familiar
 - Condiciones: Psicólogo-Educador-Policía-Familia



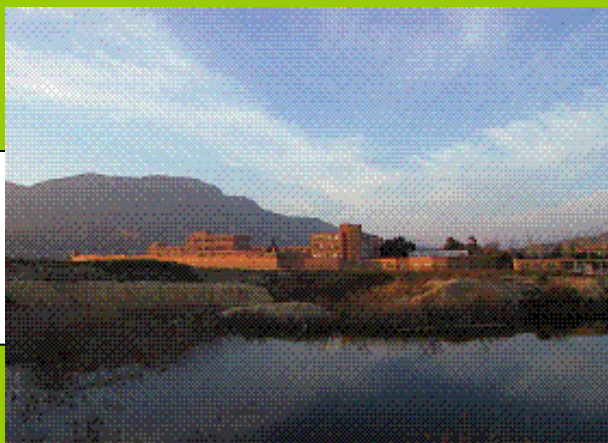
Rompiendo moldes en los malos tratos

El caso de X.

Hija que maltrata a su madre.

Orden de alejamiento.

Programa individual de intervención:
autorización judicial para salidas familiares.



Colaboración en el HPPA

- Pastoral Penitenciaria
 - *Intervención Grupal*
 - *Atención individual y personalizada*
- Apsa
- Afema- Feafes
- Girasol Levante
- Cruz Roja
- Asociación de familiares del psiquiátrico

5.- PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMOS MENTALES (PAIEM)

ANEXO 1

DETECCIÓN DE POSIBLE ENFERMEDAD MENTAL

Si detecta que algún interno tiene alguna de las características que figuran a continuación se ruega lo ponga en conocimiento del Equipo Sanitario.

- ✓ Manifestar que percibe o escucha cosas que los demás no son capaces de experimentar (“voces que le hablan”).
- ✓ Un sentido de sí mismo exageradamente engrandecido (“creer tener habilidades especiales” o “haber hecho grandes descubrimientos”, etc.).
- ✓ Lenguaje incoherente o disgregado o escasamente comprensible.
- ✓ Manifestar conductas extrañas sin sentido aparente o desorganizado.
- ✓ Apariencia extraña, mímica y contacto interpersonal fuera de la normalidad, por ausencia o por exceso.
- ✓ Elevada impulsividad, apenas puede estar quieto, se enfada, amenaza o se irrita con enorme facilidad. No se adapta a la vida de los módulos.
- ✓ Grave deterioro en el cuidado personal: aseo y celda.
- ✓ Haber cumplido una medida de seguridad en Centro Especial.
- ✓ Historial de tratamiento psiquiátrico o de ingresos en unidades psiquiátricas de hospitalización.
- ✓ Informes de fuentes externas o familiares que revelen tratamiento psiquiátrico más o menos prolongado en el tiempo.
- ✓ Recibir prestación económica o algún tipo de pensión por tener reconocida algún tipo de minusvalía psíquica.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	CALIDAD DE LA RESPUESTA Y TIPOS DE INTERVENCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de conductas de riesgo • Ausencia de conductas disruptivas • Ausencia de síntomas positivos • Síntomas negativos que no interfieren significativamente con la integración 	<p style="text-align: center;">BUENA RESPUESTA (Si están todos los criterios presentes)</p> <p style="text-align: center;">NIVEL 1 Precisa seguimiento. Puede hacer vida normal en los módulos.</p>
<p>Persistencia de síntomas positivos y/o cognitivos y/o afectivos y/o negativos que interfieren parcialmente con el funcionamiento y la integración</p>	<p style="text-align: center;">RESPUESTA PARCIAL (Si está cualquiera de los criterios presentes)</p> <p style="text-align: center;">NIVEL 2 Precisa seguimiento. Preferentemente puede hacer vida normal en los módulos</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Persistencia de conductas de riesgo • Persistencia de conductas disruptivas • Síntomas positivos que interfieren significativamente con el funcionamiento y la integración al medio 	<p style="text-align: center;">MALA RESPUESTA (Si está cualquiera de los criterios presentes)</p> <p style="text-align: center;">NIVEL 3 Precisa control. Preferentemente está ingresado en enfermería</p>

ANEXO 2 (anverso)

Programa de atención integral a enfermos mentales (PAIEM)

Centro Penitenciario:	
Nombre y apellidos del interno:	
Módulo:	Fecha

NIVEL DE INTERVENCIÓN:	<input type="checkbox"/> Nivel 1 <input type="checkbox"/> Nivel 2 <input type="checkbox"/> Nivel 3
-------------------------------	--

EVALUACIÓN DE HABILIDADES Y DISCAPACIDADES			
1.- Autocuidados: <ul style="list-style-type: none"> higiene personal (lavarse, peinarse, vestirse) higiene de la celda hábitos de alimentación cuidado de sus cosas personales 	<input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente
2.- Autonomía personal: <ul style="list-style-type: none"> manejo de peculio utilización de los recursos del centro <ul style="list-style-type: none"> - profesionales - actividades autonomía en libertad <ul style="list-style-type: none"> - para coger transportes - para ir al trabajo o a consulta médica capacidad para realizar trámites burocráticos 	<input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Frecuente <input type="checkbox"/> Frecuente <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Poco frecuente <input type="checkbox"/> Poco frecuente <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente
3.- Autocontrol: <ul style="list-style-type: none"> manejo de situaciones de ansiedad o estrés heteroagresividad (física y/o verbal) autolesiones riesgo de suicidio adicciones 	<input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Antecedentes <input type="checkbox"/> Antecedentes <input type="checkbox"/> Antecedentes <input type="checkbox"/> Antecedentes	<input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Actual
4.- Relaciones interpersonales: <ul style="list-style-type: none"> red social en el centro (amigos, compañeros) red social en libertad (familia, amigos) interés para participar en actividades grupales aislamiento 	<input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Antecedentes	<input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Actual
5.- Funcionamiento cognitivo: <ul style="list-style-type: none"> capacidad para hablar claridad del habla capacidad para iniciar conversaciones capacidad de atención y percepción capacidad en la resolución de problemas 	<input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente
6.- Medicación y tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> conciencia de enfermedad actitud ante el tratamiento responsabilidad en la toma de medicación 	<input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente

6-. LA SITUACIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES EN LAS PRISIONES ORDINARIAS

Interesante el Informe de la Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía de febrero de 2007 sobre LA SITUACIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES EN LAS PRISIONES ORDINARIAS, referido a Andalucía

Se puede descargar el informe completo *Enfermos mentales en prisiones ordinarias* en: www.apdha.org

3.- INSTITUCIONES PENITENCIARIAS Y LAS O.N.G. QUE INTERVIEN EN PRISIÓN

A comienzos de curso 2006-2007, la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, a través de la Subdirección General de Tratamiento y Gestión Penitenciaria, invitaba a un determinado número de instituciones, entre ellas Pastoral Penitenciaria, a participar en un grupo de trabajo con la finalidad de estudiar y mejorar la colaboración en el desarrollo de los programas que los voluntarios y profesionales de estas instituciones realizan en el interior de los centros penitenciarios.

Se mantuvieron varias reuniones para aportar ideas a la nueva instrucción reguladora del procedimiento de intervención las ONG en la Administración Penitenciaria. Es la Instrucción 4/2007 que trata sobre la intervención de organizaciones no gubernamentales, asociaciones y entidades colaboradoras en la Administración Penitenciaria en el ámbito penitenciario.

Quedó constituida una Comisión de Seguimiento en la que están representadas no sólo grandes organizaciones con implantación nacional, sino también pequeñas asociaciones y las ONG con intervención en la prisión y en medio abierto.

Una de las actividades realizadas hasta ahora ha sido la celebración de las Primeras Jornadas "Intervención de las ONG en los Centros Penitenciarios", organizadas por la Dirección General de Instituciones Penitenciarias y la Fundación Atenea, con la colaboración de Obra Social Caja Madrid. Estas jornadas estuvieron dirigidas a miembros de organizaciones no gubernamentales y funcionarios de Centros Penitenciarios, relacionados con las actividades de las ONG en prisión. En el nº 23 de [C@uce](#) se encuentra la información sobre ellas y las conclusiones de los talleres.

La Dirección General de Instituciones Penitenciarias ha propuesto a la Comisión de Seguimiento constituirse en Órgano Consultivo, y se ha comenzado a trabajar en ello con el comienzo del nuevo curso.

4.- INVESTIGACIÓN SOBRE EL VOLUNTARIADO PENITENCIARIO EN EUROPA OCCIDENTAL

En el Departamento de Pastoral Penitenciaria se recibió el pasado 8 de octubre una importante información acerca de la "Investigación sobre el voluntariado penitenciario y sus organizaciones en Europa Occidental".

Esta investigación está publicada en Internet " <http://visiteurs.prison.free.fr/>

Los textos completos están escritos en francés e inglés con la "Introducción y las Conclusiones" en español.

El responsable del estudio nos pedía diéramos a conocer el estudio a las asociaciones interesadas en el tema y que le "gustaría recibir comentarios y rectificaciones por que he previsto un retoque dentro de unos 12 meses." (Erich Schöps)

5.- CONTRA LA PENA DE MUERTE

En octubre de 2007, durante el 62º periodo de sesiones de la Asamblea General de la ONU, se va a presentar una resolución en favor de la suspensión mundial de las ejecuciones como paso previo a la abolición de la pena de muerte. Se espera que esta resolución cuente con el respaldo de países de todas las regiones del mundo.

El apoyo de la Asamblea General de la ONU a una suspensión mundial de las ejecuciones supondría un hito notable en el logro del objetivo de un mundo sin pena de muerte.

Por ello, junto con la Coalición Mundial contra la Pena de Muerte y otras organizaciones no gubernamentales, Amnistía Internacional va a promover apoyos a esa resolución las próximas semanas, en el 62º periodo de sesiones de la Asamblea General en Nueva York.

La Coalición Mundial contra la Pena de muerte destacará especialmente esta iniciativa en el curso del Día Mundial contra la Pena de Muerte, que se celebra el 10 de octubre, con el lema "No a la pena de muerte: El mundo decide".

Envía un mensaje en tu nombre a los Estados miembros de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

<http://www.es.amnesty.org/actua/acciones/no-pena-de-muerte/>

6.- MEDALLAS AL MÉRITO SOCIAL PENITENCIARIO 2007

La Iglesia recibe la Medalla de Plata al Mérito Penitenciario por su labor en el ámbito carcelario

Santander 20/09/2007

El obispo de Santander, **monseñor Vicente Jiménez Zamora**, como **obispo responsable de la Pastoral Penitenciaria en la Comisión de Pastoral Social de la Conferencia Episcopal Española (CEE)**, recibirá en Madrid, el próximo lunes 24 de septiembre, fiesta de Nuestra Señora de la Merced, la Medalla de Plata al Mérito Penitenciario, por la labor que la Iglesia realiza en este ámbito.

Esta distinción ha sido otorgada por la Dirección de Instituciones Penitenciarias "en reconocimiento a la labor que la Iglesia realiza a través de la Pastoral Penitenciaria, los capellanes y los voluntarios que trabajan en las cárceles españolas", según explica el Obispado de Santander.

Cada año, en la Jornada de Nuestra Señora de la Virgen de la Merced, "la Iglesia pretende concienciar de la situación social que padecen las personas reclusas, que presentan un elevado grado de marginación y olvido, debido, sobre todo, al desconocimiento de la realidad de la cárcel por parte de la inmensa mayoría de la sociedad".

Madrid, 20 septiembre 2007 (IVICOM)

La casa de acogida para reclusas y exreclusas "**Miguel Ferrer**" de la familia **Trinitaria en Madrid** ha sido condecorada con la medalla al "Mérito Penitenciario" que otorga cada año la Dirección General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior.

El acto de entrega de la medalla tendrá lugar en el Círculo de Bellas Artes de Madrid el próximo lunes 24, con motivo de la festividad de la Patrona de Instituciones Penitenciarias Nuestra Señora de la Merced. El encargado de recoger el galardón será D. **José Sevilla**, laico de la familia trinitaria y director de la casa "Miguel Ferrer".

Se trata de una iniciativa puesta en marcha hace más de un año y gestionada conjuntamente por las religiosas Trinitarias de Mallorca, Valencia y Madrid y por las dos provincias de Trinitarios de España a través de la fundación Prolibertas, con la colaboración del laicado trinitario.

El proyecto está destinado a la reinserción y normalización social de mujeres reclusas que se encuentran entre el segundo y tercer grado penitenciario con un alto grado de desarraigo social y familiar y con recursos económicos insuficientes. El 98% de estas mujeres son emigrantes y algunas de ellas madres que acuden con sus hijos.

Además de cubrir las necesidades básicas, el programa lleva cabo talleres de educación en valores para la construcción de un nuevo sentido de vida y la búsqueda de un trabajo digno. Así mismo la institución se encarga de supervisar el puesto de trabajo ante el riesgo de explotación que pudieran sufrir estas mujeres recién reinseradas.

Conjuntamente con los psicólogos, trabajadores sociales y médico que atienden la Casa "Miguel Ferrer", un nutrido grupo de voluntarios, procedentes del laicado trinitario, desarrollan diferentes labores de formación, acompañamiento y ocio.

José Sevilla, que valoró el galardón concedido por la Dirección de Instituciones Penitenciarias como "el reconocimiento expreso por parte del poder civil del carisma trinitario", reconoció también la labor del voluntariado trinitario es muy positiva por "el conocimiento que tienen de la Orden y la ayuda y acogida que prestan".

7-. "AQUÍ LOS PRESOS NOS AUTOGOBERNAMOS"

El Gobierno planea implantar en todas las prisiones los 'módulos de respeto', donde los reclusos ganan calidad de vida a cambio de cumplir un plan de trabajo

La habitación de José Antonio tiene una puerta amarilla. Un tablón para no perder de vista las fotos de la familia, las estampitas de la Virgen y un calendario ilustrado con modelos despampanantes. Estanterías con la ropa perfectamente plegada. Y en el suelo, una alfombra con mensaje: *Home, sweet home* (Hogar, dulce hogar). Pero José Antonio no está en su casa, sino en el penal de Mansilla de las



Mulas, en León. Y a pesar de eso, la puerta de su celda, ordenada e impoluta, siempre está abierta, porque no teme que le roben. Es la ventaja de vivir en una de las instalaciones carcelarias que el Gobierno ha bautizado como *módulos de respeto*, en honor al ambiente de coexistencia pacífica que se crea entre los reclusos.

La Dirección General de Instituciones Penitenciarias los define como el no va más de las cárceles. Como un lugar en el que la solidaridad y la cooperación sustituyen a las peleas, al rencor y al ocio y negocio con drogas duras. Algo así como si las celdas se transformaran en internados y el carcelero, en plan profesor de la LOGSE, animara a los presos a trabajar en equipo. El experimento ya funciona en 10 prisiones españolas, y en breve se extenderá a otras 20. La directora general de Instituciones Penitenciarias, Mercedes Gallizo, pretende que para 2009 se haya implantado en todos los penales del Estado, convencida que este modelo, "pionero en el contexto internacional", es el futuro del sistema carcelario.

Gallizo visitó el pasado jueves el penal de Mansilla, el primero en adoptar el proyecto hace seis años. Está dividido en 14 módulos. Ocho de ellos son de respeto, y albergan a 857 presos, el 60% de la población reclusa. Todos los presos están obligados a cumplir un programa que incluye trabajo, estudio y ocio. Deben ir vestidos correctamente para cada actividad, ducharse a diario, fumar sólo en las zonas habilitadas y respetar los horarios. Celebran asambleas y se organizan en comisiones de trabajo. Las hay de cultura, de deportes y hasta de medio ambiente. En Mansilla, todos los materiales se reciclan.

El ingreso en estos módulos es voluntario, y se consigue tras un informe favorable de los responsables del centro. Los internos firman un contrato por el que se comprometen a respetar las reglas del juego. A cambio, logran que el tiempo de condena no se haga tan largo y tedioso. Los horarios son estrictos: se levantan a las

ocho, y a las nueve comienzan a trabajar. Un descanso para tomar café, y vuelta al tajo.

En las paredes del módulo 8, destinado a los toxicómanos, los tablones de anuncios muestran las evaluaciones de los presos. Hay quien progresa adecuadamente y quien necesita mejorar. Afuera, un grupo de reclusos interrumpe su partido de tenis para saludar a Gallizo. Y dentro, sus compañeros dan rienda suelta a su creatividad en un taller de carpintería que produce armarios, joyeros y hasta un cuadro con la imagen del Che. Su autor, un canario con nombre de artista, Miguel Ángel, ingresó hace dos años en el módulo, carcomido por las drogas. Ha conseguido rehabilitarse gracias a que siempre está ocupado. Pero la irrupción de Gallizo también despierta críticas. Manuel, Víctor y Diego se quejan de que la directora se marche en un santiamén. "No nos dejan opinar", braman.

El preso que entra en un módulo de respeto no tarda en advertir que ha aterrizado en otro mundo. "Los compañeros te reciben amistosamente, te ayudan con el equipaje... Sabes que estás en la cárcel, pero la actividad te alivia", señala el asturiano Francisco Miranda. Le condenaron a 28 años por delitos de narcotráfico, y de momento ha cumplido seis. En lugar de haraganear, le dio por estudiar: terminó el Bachillerato en la cárcel, y ha comenzado la carrera de Derecho, porque quiere "cambiar de bando: de ir en contra de la justicia a estar con ella".

Algunos reclusos, como Modesto, se permiten el lujo de exagerar cuando se les pregunta cómo se vive en su módulo. "¡Esto es un vergel!". A su lado está Viorel Meleaca, un rumano de 29 años que lleva seis saltando de cárcel en cárcel porque, a pesar de ser traductor de inglés y francés, prefirió tomar el atajo del dinero fácil y acabó enrolado en una banda dedicada a la trata de blancas. Para él, estos módulos son el ejemplo de lo que debería ser una cárcel. "Aquí nos autogobernamos, nos tratamos con respeto. Vives más tranquilo y resuelves los problemas dialogando". Viorel, que ahora da clases de inglés a sus compañeros, sueña con salir de prisión, iniciar una vida "normal" y echarse novia. "Hace tiempo que la busca", revelan sus compadres.

Agustín, uno de los funcionarios, admite que trabajar en los módulos de respeto exige "más esfuerzo y compromiso". Lleva cuatro años trabajando en ellos. "Y son infinitamente mejores que el módulo típico", aunque haya personas que renuncien a participar: "Pero todos los que han pasado por aquí quieren volver. Por algo será". Cada módulo agrupa a un tipo determinado de reclusos. Incluso hay uno con internos que hasta hace poco estaban sometidos al primer grado. Esto es, los más peligrosos. Pero el director de la cárcel leonesa, José Manuel Cendón, cree en la bondad innata del ser humano: "No he visto aquí a ningún diablo, ni huele a azufre".

El salón de actos del penal leonés se ubica en un centro cultural equipado con cine y piscina. Allí se reunió medio centenar de presos para escuchar a la directora de Prisiones: "Queremos que aprendáis de los errores del pasado para tener un futuro. Y la sociedad debe ser generosa con quien aprende de sus errores", sentenció Gallizo.

En la mesa de oradores también se sentaba José Ramón, encerrado en Mansilla desde hace dos años. Aunque la cárcel es "muy dura", agradece que en su módulo pueda acostumbrarse a vivir como lo haría una persona en libertad. Pero la etapa más dura comienza al salir del trullo. Con una voz radiofónica, entrecortada por los nervios, José Ramón pidió a Gallizo que no se olviden de ellos cuando acaben la condena: "Aquí es muy fácil darnos un plan de vida. Pero luego no podemos

encontrarnos en la calle sólo con un billete de tren y cinco euros para llegar a casa, si es que nos queda casa".

LLORENÇ MARTÍNEZ - Madrid - 23/09/2007

EL PAÍS

8-. POBREZA Y EXCLUSIÓN SOCIAL

