Boletín del Área Social
Departamento de Pastoral Penitenciaria (CEPS)
C/ Añastro 1 Tel 91 343 97 12 28033-MADRID penitenciaria.cee@planalfa.es
Depósito legal: M-8717 – 1993

C@UCE

Nº 29 – noviembre 2009 (monográfico)

Página 2
PRESENTACION

Página 4
VII ENCUENTRO NACIONAL SOBRE SALUD MENTAL-PRISIÓN

Programa

Contenidos de C@UCE-29

Ponencias

Mesas

Prensa

PRESENTACIÓN

Finalizamos un año más cargado de reuniones, encuentros y jornadas programados por el Departamento de Pastoral Penitenciaria o desde las Comisiones del Consejo Social Penitenciario, de las que el Área Social forma parte.

Con el deseo de acertar en una comunicación que pueda servir para estar al día, y mantener una información lo más completa posible de las actuaciones del Área Social del Departamento, ofrecemos un nuevo número del boletín C@UCE.

En este nº 29 de C@UCE presentamos el material y contenidos del VII ENCUENTRO NACIONAL SOBRE ENFERMOS MENTALES -PRISIÓN que, convocado por el Departamento de Pastoral Penitenciaria, se ha celebrado este año en Valencia, enmarcado en el Año de la Solidaridad **("Padre Jofré: 600 años de solidaridad"**). Mercedario valenciano que dio voz y defensa a los enfermos mentales de su tiempo mediante el sermón pronunciado en la Catedral de Valencia el 24 de febrero 1409.

El Encuentro ha tenido lugar en el Centro Cultural Bancaja durante los días 18 y 19 de septiembre de 2009. El edificio dotado de excelentes instalaciones dio cabida a más de 300 participantes de diferentes campos interesados por la salud mental de las personas presas, profesionales de diversas disciplinas, voluntarios, representantes de asociaciones de familiares de enfermos mentales, etc.

Existía desde hacia años, en el Departamento de Pastoral Penitenciaria, preocupación por la situación de las personas con enfermedad mental en prisión. Era necesario un estudio de la realidad y una reflexión conjunta con los propios profesionales médicos de los Centros Penitenciarios y con Instituciones Penitenciarias. Este fue el punto de partida del Primer Encuentro celebrado en Madrid el año 2002 con la participación de 15 personas y con la presencia de responsables de salud de sendas Administraciones Penitenciarias (Madrid y Barcelona).

Los diversos Estudios realizados desde entonces, el Informe sobre Salud Mental de Instituciones Penitenciarias (2006), la puesta en marcha del PAIEM (Programa de Atención Integral Enfermos Mentales) a cargo de equipos multidisciplinares implantado ya en más de 30 prisiones, e impulsado por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, han contribuido a suscitar interés no solo en el ámbito penitenciario, sino también en las Comunidades Autónomas, las ONG, Asociaciones de Familiares y en la sociedad en general. Fruto de ello son el número creciente de Jornadas y Encuentros que diferentes entidades, las ONG y Comunidades Autónomas viene celebrando últimamente sobre este tema.

Entendemos que desde Pastoral Penitenciaria hemos contribuido a ello y nos felicitamos, pero todavía queda mucho más por hacer, continúan los retos y habrá que seguir trabajando suscitando la reflexión, el debate y la concienciación de la Administración, de la Iglesia y de la sociedad ante esta realidad.

Este VII Encuentro ha sido el primero que se ha celebrado fuera de Madrid, con el objetivo de que las Comunidades Autónomas vayan aproximándose a la realidad de las personas enfermas mentales internas en los Centros Penitenciarios de su territorio.

El celebrado en Valencia, se ha caracterizado por la alta participación y presencia de representantes de los diversos campos: jurídico, penal, médico, autonómico, penitenciario, eclesial, representantes de asociaciones de familiares y sociedad. La primera ponencia ***Enfermos mentales y prisión: alternativas de cumplimiento en Psiquiátricos Penitenciarios*** fue pronunciada por Don Virgilio Valero, Director General de Gestión Penitenciaria y Coordinación Territorial. La segunda estuvo a cargo de D. Pedro Hidalgo Caballero, bajo el título ***Acogida y Tratamiento de los enfermos mentales en la Comunidad de Valencia*** y la tercera pronunciada por D. Vicente Jiménez

Zamora, Obispo de Santander y Encargado de la Pastoral Penitenciaria, ***La atención pastoral de los enfermos mentales: Retos y posibilidades***. Las tres ponencias junto a las cuatro Mesas celebradas, contribuyeron a centrar y a completar el contenido desarrollado durante los dos días.

Para concluir y con el fin de facilitar el ajuste de las agendas y la difusión a los agentes de Pastoral Penitenciaria, voluntarios y profesionales interesados, informamos de las fechas del **XII Encuentro Nacional del Área Social**, que será los días **6 y 7 de marzo de 2010.** Se ha elegido el tema MUJER Y PRISIÓN, por considerar que tanto cuando la mujer se encuentra en prisión, como cuando la padece fuera, como madre, esposa, hija, hermana etc. la prisión repercute y marca su vida y entorno. Tendrá lugar como en años anteriores, en la residencia de las Franciscanas Misioneras (Madrid, C/ Santa Engracia 140). Cuando tengamos cerrado el Programa, se enviará



Carmen Martínez de Toda

Coordinadora del Área Social

VII

ENCUENTRO NACIONAL

SOBRE

ENFERMOS MENTALES – PRISIÓN



Valencia, 18 - 19 septiembre 2009



Programa

Viernes 18

10:00 Acogida y entrega de materiales

11:00 Acto de apertura

Presentación del Encuentro: Excmo. y Rvdmo. Sr. D. Santiago García Aracil, Arzobispo de Mérida-Badajoz y Presidente de la CEPS

Miembros de la Mesa Presidencial:

- Excmo. y Rvdmo. Sr. D. Carlos Osoro Sierra, Arzobispo de Valencia
- Excmo. Sr. D. Ricardo Peralta Ortega, Delegado del Gobierno en la Comunidad Valenciana
- Excma. Sra. Dña. Rita Barberá Nolla, Alcaldesa de Valencia
- Excmo. Sr. D. Juan Cotino Ferrer, Conseller de Bienestar Social-Vicepresidente 3º del Consell
- Excmo. Sr. D. Luis de la Rúa Moreno, Presidente del Tribunal Superior de Justicia de Valencia
- Excma. Sra. Dña. Mercedes Gallizo Llamas, Secretaria General de Instituciones Penitenciarias
- Excmo. Sr. D. Alfonso Rus Perol, Presidente de la Diputación
- M. Rvdo. P. Florencio Roselló Avellanas
  Superior Provincial de los PP. Mercedarios

11:45 Ponencia Primera

Enfermos mentales y prisión: alternativas al cumplimiento en Psiquiátricos Penitenciarios

Excma. Sra. Dña. Mercedes Gallizo Llamas, Secretaria General de Instituciones Penitenciarias.

Presenta y modera: P. José Sesma León, mercedario. Director del Departamento de Pastoral Penitenciaria

12:45 Descanso

13:00 Ponencia Segunda

Acogida y tratamiento de los enfermos mentales en la Comunidad Valenciana.

Ilmo. Sr. D. Pedro Hidalgo Caballero, Director General de Personas con Discapacidad y Dependencia

Presenta y modera: P. Manuel Anglés Herrero, mercedario

14:30 Comida

16:30 Mesa Primera

Problemática de los enfermos mentales en el cumplimiento de penas en prisión

Presenta y modera: Excmo. Sr. D. José Mª Tomás Tío, Magistrado Presidente de la Sección 2ª de la Audiencia Provincial de Valencia

Ponentes:
Magistrados y Fiscales representantes de Vigilancia Penitenciaria y Ejecutorias de Alicante, Castellón y Valencia.

18:00 Descanso

18:30 Mesa Segunda

Tras las huellas históricas del P. Juan Gilabert Jofré

Modera: Sr. Raúl de la Torre Martínez, Jefe del Área de Ordenación Sanitaria

Ponentes:

- P. Juan Devesa Blanco, mercedario: *Rasgos biográficos del P. Jofré*
- P. Manuel Anglés Herrero, mercedario: *Aportaciones sociales del P. Jofré*
- Representante de la Diputación: *El manicomio en la historia de Valencia*
- D. Juan Bautista Antón, Prior de la Basílica de N.Sra. de los Desamparados: *Proyección del P. Jofré en la Valencia actual*

20:30 Descanso

Sábado 19

9:00 Mesa Tercera

Programas de Atención a los enfermos mentales en las prisiones valencianas

Presenta y modera: Sr. José Manuel Arroyo, Subdirector General de Sanidad Penitenciaria

Ponentes:

- Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante
- C.P. de Valencia - Picassent
- C.P. de Alicante I - Fontcalent
- C.P. de Alicante II - Villena
- C.P. de Castellón I
- C.P. de Castellón II - Albocàsser

10:00 Mesa Cuarta

Respuesta social y extrapenitenciaria en la problemática de los enfermos mentales

Presenta y modera: Sr. Enrique Jesús Acín García, Jefe de Área de Salud Pública

Ponentes:

- San Juan de Dios
- Pastoral de la Salud-Enfermos mentales (CEP)
- Cáritas diocesana de Valencia
- Pastoral Penitenciaria-Alicante
- Cofradía de Ntra. Sra. de los Desamparados
- Asociación AMBIT

11:30 Descanso

12:00 Ponencia Tercera

La atención pastoral de los enfermos mentales: Retos y posibilidades

Excmo. y Rvdmo. Sr. D. Vicente Jiménez Zamora, Obispo de Santander y Encargado de la Pastoral Penitenciaria

Presenta y modera: Sr. Ramón Cánovas Calatrava, Director del C.P. de Valencia

13:30 Eucaristía de Clausura

Ecxmo. y Rvdmo. Sr. D. Santiago García Aracil, Arzobispo de Mérida-Badajoz y Presidente de la CEPS



Contenidos

Pág.

PONENCIAS 10

Enfermos mentales y prisión: alternativas al cumplimiento en psiquiátricos penitenciarios, por la Dirección General de Coordinación Territorial y Medio abierto. 11

Acogida y tratamiento de los enfermos mentales en la Comunidad Valenciana, por Pedro Hidalgo Caballero, Director General de Personas con Discapacidad y Dependencia 16

La atención pastoral de los enfermos mentales privados de libertad: retos y posibilidades, por D. Vicente Jiménez Zamora, Obispo de Santander y Encargado de la Pastoral Penitenciaria 23

MESAS 32

MESA PRIMERA. 33

PROBLEMÁTICA DE LOS ENFERMOS MENTALES EN EL CUMPLIMIENTO DE PENAS EN PRISIÓN

Breves notas sobre las medidas de seguridad. Especial referencia al internamiento psiquiátrico. M. P. Esther Rojo Beltrán, Magistrado-Juez del Juzgado Penal nº 14 de Valencia 33

Problemática de los enfermos mentales en el cumplimiento de las penas en prisión, por Dª, Nuria Vañó Hurtado, Magistrada-Juez del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria nº3 de la Comunidad Valenciana, con sede en Villena. 41

Pág.

Suspensión de la ejecución de la pena por enajenación sobrevenida, por Dª. Sabina Cervera Salvador, Magistrada de Vigilancia Penitenciaria. Castellón 47

Algunos problemas que plantea la ejecución de la medida de internamiento psiquiatrico y la de tratamiento externo, por D. Pablo Gómez-Escolar. Fiscal de vigilancia penitenciaria. 51

Psiquiatría forense, , por D. Santiago Rincón 70

MESA SEGUNDA. 82

TRAS LAS HUELLAS HISTÓRICAS DEL P. JUAN GILABERT JOFRÉ

Rasgos biográficos del P. Jofré, por P. Juan Devesa Blanco, mercedario 82

Aportaciones sociales del P. Jofré, por P. Manuel Anglés Herrero, mercedario: 89

Devoción a la Virgen de los Desamparados, por D. Juan Bautista Antón Alonso, Rector de la Basílica de la Virgen de los Desamparados y Prior de la Archicofradía de Ntra. Sra. de los Desamparados 98

Pág.

MESA TERCERA. 103

PROGRAMAS DE ATENCIÓN A LOS ENFERMOS MENTALES EN LAS PRISIONES VALENCIANAS

Establecimiento Penitenciario Valencia, por PAIEM 104

Programas de Atención a los enfermos mentales en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante, por D. Miguel Martín Casillas, Director Gerente del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante 123

MESA CUARTA: 176
RESPUESTA SOCIAL Y EXTRAPENITENCIARIA EN LA PROBLEMÁTICA DE LOS ENFERMOS MENTALES

La enfermedad mental en el sistema penal, por D.Francesc A. Pérez Arnau. Área de Psiquiatría Penitenciaria. Sant Joan de Déu - Serveis de Salut Mental 177

Alternativas al ingreso en prisión, por D. José Civeira, médico psiquiatra 262

Programa EOLUS, por Dª. Concha Calvet Soriano, Coordinadora de Programas de la Asociación AMBIT 266

Hospital psiquiátrico de Fontcalent. Alicante, por D. Miguel Martín Casillas 272

Prensa 275



Ponencias

Ponencia Primera **ENFERMOS MENTALES Y PRISIÓN: ALTERNATIVAS AL CUMPLIMIENTO EN PSIQUIÁTRICOS PENITENCIARIOS,** por la Dirección General de Coordinación Territorial y Medio abierto.

Ponencia Segunda **ACOGIDA Y TRATAMIENTO DE LOS ENFERMOS MENTALES EN LA COMUNIDAD VALENCIANA,** por Pedro Hidalgo Caballero, Director General de Personas con Discapacidad y Dependencia

Ponencia Tercera **LA ATENCIÓN PASTORAL DE LOS ENFERMOS MENTALES PRIVADOS DE LIBERTAD: RETOS Y POSIBILIDADES,** por D. Vicente Jiménez Zamora, Obispo de Santander y Encargado de la Pastoral Penitenciaria

Ponencia Primera

Enfermos mentales y Prisión: Alternativas al cumplimiento en psiquiátricos penitenciarios

Dirección General de Coordinación Territorial y Medio Abierto

La Ley Orgánica General Penitenciaria (LOGP) de 1.979 estableció, entre las distintas clases de establecimientos penitenciarios, la de los especiales como <aquellos en los que prevalece el carácter asistencial>, o sea, los que acogen a los enfermos, aquejados bien de patologías comunes bien de patologías psiquiátricas.

Sin embargo, el modelo de clasificación de centros previsto por la LOGP quedó desfasado con el paso del tiempo, optándose desde hace años por la construcción de grandes centros polivalentes, que garantizan los servicios y prestaciones para todos los intern@s en igualdad de condiciones, independientemente de su situación procesal-penal, sexo, edad, antecedentes penales, y también su estado físico y mental, al tiempo que se preserva la debida clasificación o separación interior.

Por consiguiente, los anteriores centros especiales se fueron amortizando, permaneciendo en la actualidad sólo dos en funcionamiento, los hospitales psiquiátricos penitenciarios de Alicante y Sevilla.

En principio, estos dos centros sólo han de acoger, por orden de la autoridad judicial que instruye la causa, a detenidos o presos con patología psiquiátrica y, por decisión de la administración penitenciaria al asignar destino, a personas condenadas a cumplir una medida de seguridad de internamiento, y finalmente a otros penados a quienes el Juez de Vigilancia haya impuesto una medida de seguridad por enfermedad mental sobrevenida, previa suspensión de la pena de prisión que vinieran cumpliendo.

A pesar de ello, la realidad es que nuestros dos psiquiátricos penitenciarios están al borde de su capacidad, contando con 378

intern@s el de Alicante y con 175 el de Sevilla (datos estadísticos del pasado 11 de septiembre), por lo que la Coordinación de Sanidad Penitenciaria propone reservar el destino a los psiquiátricos de sólo aquellos enfermos en quienes concurra un perfil de alta peligrosidad, asignando al resto otros destinos alternativos más acordes con su menor capacidad delictiva, y sus circunstancias personales, familiares y sociales.

En estos términos, sólo los enfermos con un potencial criminal acreditado (el número de casos oscila entre el 0,5 y el 1 % de la población total del sistema, en países de nuestro entorno) deberían permanecer en centros con altas medidas de contención y recibir la terapia más adecuada en los mismos, hasta que desaparezcan las circunstancias que aconsejaron su ingreso en un centro especial. Esta medida permitiría aliviar la ocupación de los psiquiátricos de Alicante y Sevilla y, como consecuencia de la minoración de la ratio cliente/profesional, mejorar la atención y prestaciones que dispensan a sus pacientes.

Los datos disponibles hoy indican que hasta el 30 % de los enfermos internados en los psiquiátricos penitenciaros, están cumpliendo medidas de internamiento menores de dos años de duración, correspondientes a delitos menos graves, propios de sujetos con bajo riesgo de conducta violenta. Estos enfermos muy probablemente podrían reunir los requisitos clínicos para cumplir sus medidas de seguridad en centros ordinarios, con programas terapéuticos personalizados que podrían mejorar sus trastornos, siendo justamente esa la pretensión de la sentencia dictada, que mejoren de su enfermedad para evitar así la reincidencia.

Si cruzamos la condición <enfermo mental>, estrictamente médica, con la jurídica de <imputabilidad>, entonces se multiplican las distintas situaciones que tiene que afrontar el sistema penitenciario: 1) la ejecución de las medidas de seguridad a que han sido condenados los enfermos mentales que cometieron un delito y fueron declarados inimputables en mayor o menor grado, 2) el cumplimiento de las penas de prisión a que han sido condenados los enfermos mentales declarados plenamente responsables de su delito, y 3) los casos mixtos.

Uno de los principios que guían la actuación de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, como no puede ser de otra forma por imperativo constitucional, es la no discriminación de los intern@s por su condición o circunstancias personales, incluyendo aquí la enfermedad mental derivada frecuentemente de procesos vitales que arrancan de la infancia/adolescencia. La reserva de únicamente dos centros penitenciarios para acoger a los condenados a medidas de seguridad a causa de su trastorno mental, provoca indirectamente el alejamiento de muchos de ellos de sus lugares de residencia, dificultándoles las relaciones con el medio familiar y social de retorno. Esto está sucediendo con los enfermos procedentes de las islas Canarias o del norte de España, por ejemplo.

Además, teniendo en cuenta las cifras de prevalencia de enfermedad mental en prisión, publicadas en el Estudio sobre Salud Mental - Diciembre 2.006, en donde aparece que una de cada cuatro personas que ingresan en el sistema penitenciario presenta algún tipo de patología psiquiátrica, parece evidente que el número total resultante de internos enfermos mentales requiere no dos hospitales, sino varios centros tipo para darles alojamiento. Y ello ocurre aun contabilizando sólo los tipos de

trastorno mental más severos, como son los trastornos psicóticos y del estado de ánimo pues, si incluyéramos también los relacionados con el consumo abusivo y dependencia de sustancias o los trastornos de personalidad, las cifras de enfermos se duplican.

Por tanto, la realidad nos obliga a idear otras fórmulas más adecuadas para ingresar y tratar a los enfermos mentales, diferentes a su simple agrupación en centros especializados. Y estas fórmulas pasan por la extensión de instalaciones o unidades psiquiátricas a un mayor número de establecimientos ordinarios [una instalación psiquiátrica en cada Comunidad Autónoma, o en cada área territorial delimitada por el esquema organizativo de la Dirección General de Coordinación Territorial…], así como por la correspondiente aplicación del programa básico, el Programa de Atención Integral para Enfermos Mentales (PAIEM), a cargo de equipos multidisciplinares constituidos ad hoc en dichos centros. Como es sabido, estos equipos están formados principalmente por profesionales del ámbito de la salud, como médicos generales, psiquiatras, psicólogos y enfermeros, siendo aconsejable la participación de profesionales de otros ámbitos relacionados como educadores, trabajadores, sociales, monitores y vigilantes, para asegurar una intervención global o integral. (En unas semanas se editará la nueva versión del PAIEM, con el objetivo de que resulte más práctico, más sencillo de aplicación y en definitiva, más eficaz).

En efecto, los centros tipo disponen de enfermerías y departamentos residenciales suficientes para acoger y tratar a aquellos internos aquejados de procesos mentales agudos o crónicos, con posibilidades de ubicación bien en la propia enfermería (según normas médicas de ingreso en consideración a su estado), bien en módulos de respeto, módulos para deshabituación de drogodependientes, o simplemente en módulos ordinarios. La implantación de una distribución territorial de unidades psiquiátricas paralela a la geográfico-política, tiene la ventaja de la no segregación del enfermo mental y de facilitar su rehabilitación y arraigo sociales, al tiempo que se le integra en el medio comunitario de referencia, o sea, la prisión territorial ordinaria correspondiente a su residencia.

Para que esta experiencia resulte fructífera es crucial la previa constitución y especialización de equipos de profesionales, que trabajen apoyados en la ciencia y experiencia de los ya existentes en Alicante y Sevilla, cuyo trabajo tan buenos frutos viene dando. Las direcciones y subdirecciones médicas y de tratamiento de los centros donde se desarrolle el PAIEM deben implicarse seriamente en el impulso y refuerzo de los equipos, motivando la participación de psicólogos y otros profesionales, y contratando psiquiatras consultores allí donde sea necesario, configurando así los equipos multidisciplinares necesarios para realizar una atención especializada de calidad.

La psiquiatría actual descarta el aislamiento como alternativa terapéutica y promueve la asistencia basada en la potenciación de los mecanismos socializadores, por lo que parece razonable que todos aquellos enfermos en los que se justifique un bajo riesgo criminal, sean derivados a recursos terapéuticos comunitarios (los disponibles en centros tipo), bajo aplicación de un régimen de vida ordinario, en tanto se sustancian alternativas al internamiento que han de ser acordadas ulteriormente por las pertinentes instancias judiciales.

La ejecución de la pena o medida impuesta al enfermo mental en un régimen ordinario debe permitirle, en la medida de lo posible, su participación en actividades generales como práctica de deporte, asistencia a escuela y cursos formativos, e incluso trabajo productivo en servicios auxiliares u otros, en igualdad de condiciones que los internos sanos, y siempre bajo tutela y guía de los profesionales del PAIEM, que velarán porque el enfermo no sufra perjuicios derivados de su situación de mayor indefensión.

Uno de los problemas con que nos encontramos cuando tenemos que tomar decisiones referidas a la ejecución penal de los enfermos mentales, es el de la insuficiencia de dispositivos de acogimiento y tutela durante los coyunturales periodos de excarcelación, como pudieran ser los permisos de salida ordinarios que se conceden como preparación para la libertad, o incluso periodos más extensos como los de una eventual libertad condicional en el último tramo de la condena. Estamos hablando de casos de enfermos sin familiares, o con sus familiares residiendo en el extranjero; en definitiva, sin posibilidades de contar con personas de confianza que les cobijen, les acompañen, les den la medicación, etc. No olvidemos que muchos de los trastornos mentales que padecen estos internos implican falta de autonomía, de autogobierno, que les abocan a una dependencia de por vida de terceras personas.

Los progresos en el tratamiento de cualquier interno privado de libertad deben desembocar en periodos crecientes de libertad a prueba, que empiezan con salidas programadas, permisos de salida ordinarios, pueden continuar con realización de programas especializados en instituciones externas, y culminan en avances en la clasificación hasta llegar al 3er. grado a fin de disfrutar de largos periodos de libertad condicional.

No es admisible que determinados internos en quienes concurren requisitos legales suficientes, que les hacen acreedores de los beneficios que suponen estos institutos jurídicos, no puedan consumarlos en la práctica debido a una carencia de medios o recursos derivada bien de sus penosas condiciones socio-familiares, bien de la pobre red de instituciones de acogida públicas o privadas, pero en cualquier caso carencias ajenas a su voluntad. Su reintegración social, que es la finalidad que persigue el cumplimiento de la medida o pena, se ve así desvirtuada en la práctica.

Es por ello que resulta tan valiosa la alianza del denominado Tercer Sector, porque muchas veces llega a donde las instituciones públicas no pueden hacerlo. Confiamos en el voluntariado, en las ONG´s, en la Pastoral Penitenciaria, para llevar a término esta noble labor de apoyo y complemento a la tarea que se acomete desde la Secretaría General de IIPP con los enfermos mentales. Y lo hacemos confiriéndoles la condición de socios leales de la administración penitenciaria, en un plano igualitario.

Pero no termina aquí la búsqueda de alternativas al internamiento o la prisión de los enfermos mentales. Sinceramente creemos que no podemos caminar en la dirección pretendida sin la coordinación con las autoridades judiciales, fundamentalmente con los Juzgados de Vigilancia Penitenciaria (JVP), pero también con los Juzgados y Tribunales sentenciadores, y con el Ministerio Fiscal.

Nuestros equipos son conocedores de la alarma social que se genera cuando un enfermo excarcelado comete una nueva infracción, y de los perjuicios que ese estado de opinión pública puede acarrear a otros internados ajenos al incidente. Como también lo son de que tarde o temprano llega un momento en que es necesario someter al enfermo a una prueba de realidad en el medio externo, verificando su conducta fuera del control institucional directo, para evaluar los efectos del tratamiento y afinar el pronóstico de comportamiento futuro.

Precisamente por eso, los informes facultativos de evolución que periódicamente emiten los equipos multidisciplinares al JVP se aseguran de aspectos tales como: a) la mejoría del estado de salud del enfermo, b) sus posibilidades reales de tutela y acogida, y c) la disminución, control o desaparición del riesgo de peligrosidad. Preceptivamente, los informes penitenciarios que contienen propuestas alternativas al internamiento, efectuados al amparo de lo establecido en el art.º 97 del Código Penal, han de contar con el visto bueno del JVP, oído el Ministerio Fiscal, y a veces previa concurrencia de nuevos informes de otros peritos como el médico forense.

Pese a todos estos filtros, los acuerdos judiciales de sustitución de las medidas de seguridad por alternativas al internamiento son escasos, y los acuerdos de suspensión o cese de medidas, prácticamente irrelevantes. Con ello, las alternativas al internamiento que establece nuestra legislación penal (tratamiento externo, sometimiento a programas, custodia familiar, etc.) corren la suerte de convertirse en figuras decorativas, si no papel mojado.

Toda excarcelación de personas que han cometido delitos está sujeta a una posibilidad, aunque sea menor, de quebrantamiento o comisión de nueva infracción. Nuestros profesionales se encargan de facilitar al Juez la información disponible sobre la situación del enfermo, a ser posible cuantificando o precisando el riesgo. Pero creemos que en cualquier caso, hay que asumir responsablemente cierto riesgo, porque es mejor hacerlo cuando todavía el sujeto está dentro del sistema y podemos intervenir sobre el mismo, que cuando haya abandonado el sistema por cumplimiento definitivo y sólo quede la posibilidad de solicitar un internamiento civil.

Queden aquí estas ideas, o motivos de reflexión, para un debate sereno a mantener por todos los operadores jurídicos, administraciones y entidades sociales que participan en este VII Encuentro Nacional, así como por la empresa privada, a fin de aportar las conclusiones que puedan ofrecer alternativas para los enfermos mentales condenados porque han cometido un delito.

Ponencia Segunda

Acogida y Tratamiento de los enfermos mentales en la Comunidad Valenciana

Pedro Hidalgo Caballero, Director General de Personas con Discapacidad y Dependencia

Buenas tardes.

En primer lugar permítanme que agradezca a la organización de este 7º Encuentro la invitación a la Consellería de Bienestar Social, a la que tengo el honor de representar en este acto, a participar en el mismo y tener la oportunidad de exponer el presente y el futuro de la atención a las personas con discapacidades persistentes por enfermedad mental, lo que en definitiva va a suponer expresar aquí la política en esta materia que lleva a cabo el Gobierno de la Generalitat.

Vaya por delante, no obstante, que me estaré refiriendo fundamentalmente al aspecto social , reconociendo aquí, en todo caso, que la atención a los enfermos mentales requiere de políticas sanitarias y no sanitarias, que será lo que permita conseguir mejores condiciones al actuar de forma coordinada y con la participación de todas las partes interesadas.

Asimismo, quiero comenzar haciendo mención a la declaración del año 2009 como el AÑO SOLIDARIO,en virtud de acuerdo del Consell - del Gobierno Valenciano -, que lo hizo con motivo del 600 Aniversario de la creación del primer hospital de Europa, y uno de los primeros del mundo, para niños con trastornos mentales. Me estoy refiriendo al HOSPITAL DE LOS SANTOS INOCENTES DE VALENCIA, que precisamente lo fue por un valenciano ilustre, el PADRE JOAN GILABERT JOFRÉ.

Y con este motivo, desde la Generalitat, se están impulsando las políticas sociales dirigidas a las personas que más lo necesitan.

En cualquier caso ustedes van a tener la oportunidad de asistir a una mesa redonda en la que se analizarán con todo detalle los

aspectos históricos referidos a la obra del Padre Jofré y su influencia en el pueblo valenciano.

Igualmente, también creo que será interesante hacer un breve repaso histórico de la atención a los enfermos mentales en nuestra Comunitat.

La asistencia psiquiátrica valenciana estuvo durante mucho tiempo vinculada a los antiguos "manicomios" y la mayor carga asistencial hospitalaria era prestada por las distintas Diputaciones Provinciales de Alicante, Castellón y Valencia. Y así teniamos:

- Valencia: Hospital Psiquiátrico Provincial Padre Jofré (1886)
- Alicante: Hospital Psiquiátrico Provincial Santa Faz (1950)
- Castellón: Hospital General de Castellón

La atención prestada en los Hospitales psiquiátricos se centraba en "custodia" y "tutelaje" y la asistencia psiquiátrica ambulatoria era asumida en su mayor parte por los neuropsiquiatras y psiquiatras con práctica privada.

En los AÑOS 80 tienen lugar profundos procesos de transformación en los modelos de atención a la población con enfermedades mentales graves y crónicas, que sufre un conjunto de problemáticas y necesidades que desbordan el ámbito sanitario y psiquiátrico presentando importantes dificultades en el funcionamiento psicosocial autónomo y en su integración social y laboral normalizada.

La reforma de la asistencia psiquiátrica se inicia en nuestro país a partir del Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de 1985, hecho público en abril de 1987, que plasma una serie de pautas para el establecimiento de un modelo moderno de atención que sustituyese al modelo clásico basado en el hospital psiquiátrico.

Por otra parte, la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad de 1986 que propugna la integración de todas las actuaciones de Salud Mental en el sistema sanitario general y el desarrollo de servicios de rehabilitación y reinserción psicosocial, supuso importantes cambios respecto a la atención de las personas con enfermedad mental.

El informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1987), trazaba las línea generales de la transformación psiquiátrica: Desaparición del manicomio e implantación de un modelo asistencial de base comunitaria.

En resumen, este nuevo marco conceptual y legal permite un cambio paradigmático decisivo, que se traduce fundamentalmente en la integración del nuevo modelo asistencial en la red sanitaria general.

La aprobación del Plan de Salud Mental para la Comunidad Valenciana (febrero de 1991) fue el instrumento técnico de planificación, ordenación y programación.

Bien es verdad que toda esta transformación dio lugar a que durante unos años los enfermos mentales y sus familias se sintieran como "en tierra de nadie" , ya que se procedió a su deshospitalización sin al mismo tiempo crear alternativas dignas que permitieran atenderles de forma adecuada.

Tal era la situación, que en el año 1995, en toda la Comunidad Valenciana, solo existía una residencia para enfermos mentales, con 47 plazas.

Esta compleja situación provocó que en 1996 se diera un primer paso en la senda de la reforma. En ese momento se inicia una estrecha colaboración entre las consellerías de Bienestar Social y Sanidad para replantear de forma clara el tipo de asistencia que se estaba impartiendo y los recursos destinados a tal fin.

En 1996 el Gobierno Valenciano asigna competencias en materia de personas con enfermedad mental crónica a la Conselleria de Bienestar Social.

Como fruto del deseo de imprimir un nuevo impulso, de clarificar, en definitiva, las líneas generales de actuación entre ambas Consellerías, en enero de 2001 fue publicado Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana.

Especial mención merecen algunas normas por la trascendencia que supusieron, así:

En materia de Salud Mental:

- Decreto 81/1998, de 4 de junio, del Gobierno Valenciano, por el que se define y estructuran los recursos sanitarios dirigidos a la salud mental y asistencia psiquiátrica en la Comunidad Valenciana.
- En enero de 2001 fue publicado Plan Director de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica de la Comunidad Valenciana.

En materia de Servicios Sociales:

- Decreto 132/96, que asigna competencias en Enfermedad Mental Crónica a la Consellería de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Orden de 03-02-1997 de la Consellería Trabajo y Asuntos Sociales que desarrolla la TIPOLOGIA de RECURSOS de atención a E.M: Definiéndose en:
- Centros de Rehabilitación e integración social (CRIS). Destinado a personas que presentan un deterioro importante de sus capacidades funcionales y de su entorno social, en los que se desarrollan programas de trabajo adecuados a las características, necesidades y situación concreta de los usuarios, en función de los apoyos que precisen, consistentes en la aplicación de programas intensivos de recuperación funcional, de integración social, así como actividades estructuradas de ocupación del tiempo libre.
- Centros de día (CdD).
- Centro específico para enfermos mentales crónicos (CEEM). Destinados a personas de precisen de apoyos limitados-extensos, que presenten déficit o discapacidades en su funcionamiento psicosocial que les impidan o dificulten cubrir autónomamente sus necesidades de alojamiento y soporte social.
- Viviendas Tuteladas (V.T.). Son recursos configurados como hogares funcionales, adecuadas al número y características de los usuarios e insertadas en el entorno comunitario, en los que conviven, de forma estable en el tiempo, un grupo homogeneo de personas con enfermedad mental crónica, con necesidades de apoyo

intermitente o limitado, en régimen de funcionamiento autogestionado.

- Ley 5/1997, de 25 de julio , de la Generalitat Valenciana, por la que se regula el Sistema de Servicios Sociales en el Ámbito de la Comunidad Valenciana.
- Decreto 91/2002 - Registro y autoriz. de servicios y centros de acción social.
- Orden de 9 de mayo de 2006, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se modifica la Orden de 9 de abril de 1990, de la Conselleria de Trabajo y Asuntos Sociales, sobre registro, autorización y acreditación de los servicios sociales de la Comunidad Valenciana, en su redacción dada por la Orden de 3 de febrero de 1997, de la Conselleria de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Decreto 182/2006, de 1 de diciembre, del Consell, por el que se establecen las condiciones y los requisitos específicos para la autorización de las Viviendas Tuteladas para personas con discapacidad o con enfermedad mental crónica.

Y en estos momentos, como antes he referido, está pendiente de aprobación el

- Plan Integral Para La Atención A Personas Con Discapacidades Persistentes Por Enfermedad Mental (2009).

Por lo tanto ahora ya estamos hablando de presente. El Plan de Salud Mental para la Comunidad Valenciana (2001) fue el instrumento técnico de planificación, ordenación y programación.

Los objetivos:

- Consolidar una red socio-sanitaria integrada
- Establecer servicios de re/inserción laboral, ocupacional y social, así como recursos residenciales
- Promover la dignidad de las personas con enfermedades mentales crónicas y el apoyo eficaz a las familias
- Promover la formación del personal y de la investigación

La Generalitat Valenciana, a través de las consellerias de Sanidad y Bienestar Social, continuando en la línea de colaboración iniciada y conscientes del importante reto que representa la organización de la salud mental de la Comunidad Valenciana, tanto desde el ámbito sanitario como desde su vertiente social, se marcó como una prioridad el establecimiento de una red socio-sanitaria estructurada y eficaz a la hora de tratar los problemas psiquiátricos y psicológicos de los valencianos, al tiempo que vela por su integración e inclusión en la sociedad.

Un Plan que nació con la cualidad de adaptabilidad a los cambios sociales y a las nuevas demandas de los ciudadanos, con un deseo de reordenar e integrar la red socio-asistencial, de potenciar la creación de nuevos servicios específicos, de flexibilizar la organización, de mejorar las ratios de profesionales por habitante y de propiciar una coordinación institucional más óptima.

Porque el eje de este reto es precisamente el enfermo mental y su familia.

Porque son ellos a quienes la Generalitat Valenciana quiere hacer protagonistas de este modelo, acercándoles los beneficios que puedan derivarse de su aplicación.

Y porque quienes importan son las personas, y son ellas las que mueven las iniciativas del gobierno de la Generalitat Valenciana.

Este plan, cumplió con el deseo de plasmar una necesaria renovación y contribuyó a crear el marco social y terapéutico más adecuado para el paciente y sus familiares y que en definitiva convirtió a la Comunidad Valenciana en un referente de lo que debe ser la atención socio-sanitaria que tiene como eje a la persona, prestando un servicio moderno, eficiente y atendiendo a los criterios de la más alta calidad.

De la estrecha colaboración entre las Consellerias de Bienestar Social y Sanidad para replantear el tipo de asistencia que se esta impartiendo y los recursos destinados a tal fin, se siguen manteniendo reuniones periódicas de la MESA TÉCNICA Y DEL CONSEJO ASESOR de Salud Mental, trabajando conjuntamente "El Protocolo de Actuación para Ingreso Involuntario en Unidades de Psiquiatría", la elaboración de las respectivas Carteras de Servicios (recientemente se ha presentado para estudio y alegaciones de la Mesa Técnica, el documento provisional sobre la Cartera de Servicios de Salud Mental y de Psiquiatría Infanto-juvenil) y está pendiente la aprobación del Plan Integral para la Atención a Personas con Discapacidades Persistentes por Enfermedad Mental de la Consellería de B. Social.

En la aplicación del nuevo PLAN, la Consellería de B. Social, tiene como OBJETIVO básico determinar las prioridades y los elementos del conjunto de acciones que se integran en él, tanto sanitarias como sociales, junto con las metas, puntos de referencia, calendarios de acción y los mecanismos para el seguimiento de la aplicación, utilizando el modelo establecido por la Unión Europea y la OMS. Los objetivos básicos son los siguientes:

- Mejora de la atención social a la persona con enfermedad mental.
- Continuidad de apoyos.
- Rehabilitación psico-social.
- Coordinación intrasectorial.
- Coordinación de Servicios Sanitarios y Sociales.
- Sistema de información de datos estadísticos de evaluación integral del Plan.
- Coordinación de otras consellerias con incidencia en la materia.
- Potenciar la actividad de los instrumentos de coordinación y participación existentes con la totalidad de los sectores implicados.
- Cualificación profesional. Formación.
- Actuaciones específicas de apoyo a la familia. Respiros.

EL PLAN, en definitiva, tiene como eje central a la persona y a partir de sus necesidades de todo tipo se articulan los recursos y se coordinan las políticas para ofrecerle una atención integral.

El PLAN establece que sean los profesionales, tanto de los servicios sanitarios como los de los servicios sociales, los que en cada momento, coordinadamente, establezcan el tipo de asistencia y de recursos que el enfermo mental necesita. De ahí que ningún recurso se considera como definitivo para las personas.

EL PLAN organiza la atención social en departamentos, que se hacen coincidir con la organización territorial de Sanidad y asi poder mejorar la repetida coordinación.

EL PLAN ha estudiado la distribución de recursos atendiendo a las comarcas, para de esta forma acercarlos lo más posible al entorno de los enfermos y de sus familias.

Y EL PLAN, también obligará a la modificación del marco normativo vigente, lo que permitirá, así mismo, su adaptación a las necesidades y demandas sociales que se recogen en el mismo.

El nuevo marco normativo deberá prever la existencia de recursos flexibles, centrados en el tratamiento de la persona, y que se adapten en cada momento a sus necesidades. Para ello será preciso que los recursos existentes se estructuren en red, de manera que permitan al usuario disponer del más adecuado, sin que la asignación de otro diferente suponga merma de sus derechos en el Sistema de Servicios Sociales Valenciano, facilitando el retorno o la asignación de otro distinto, en atención a sus circunstancias personales presentes.

En todo caso, las modificaciones que resultarán pertinentes serán articuladas a través de los oportunos trabajos de colaboración y consulta con la Federación de Asociaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental de la Comunitat Valenciana y otras entidades que se consideren convenientes para mejorar el proceso.

Cabe destacar, que también se ha estado trabajando en un plan de calidad de las prestaciones sociales, porque los servicios sociales de la Comunidad Valenciana han experimentado un notabilísimo progreso en los últimos años, del que los centros de atención diurna y residencias han sido uno de los motores más importantes. No sólo se ha multiplicado el número de plazas, sino que se están realizado entre todos un importante esfuerzo para mejorar la atención de las personas con E. Mental.

Con el trabajo realizado conjuntamente entre nuestros técnicos y los de los centros, se elaboró un MANUAL de BUENAS PRACTICAS que facilita un modelo práctico de óptima gestión a los directores y responsables de los centros de la red de recursos de la Comunidad Valenciana.

A través de la buena relación mantenida entre la D.G de P.D.D y los agentes sociales, dentro del acuerdo establecido entre la C.B.S. y FEAFES desde hace varios años, llevamos a cabo una CAMPAÑA DE SENSIBILIZACIÓN sobre las personas con ENFERMEDAD MENTAL “Todos queremos un futuro mejor. El futuro de las personas con enfermedad mental dependen de todos”, que tiene los siguientes OBJETIVOS:

- Dar a conocerla enfermedad mental.
- Integrar a las personas con E.M.
- Eliminar los prejuicios sociales
- Fomentar la atención en las fases iniciales de la enfermedad
- e INFORMAR SOBRE LOS RECURSOS Y SERVICIOS.

Y por último, sí que quisiera darles a conocer la situación actual de los recursos con que cuenta la Comunidad, que aunque no son suficientes, sí que podrán comprobar la evolución experimentada desde aquel 1995, que como al principio decía, solo contábamos con una residencia de 47 plazas.

Habida cuenta que la incidencia de las discapacidades persistentes por enfermedad mental, de acuerdo con los datos de la OMS se sitúa en torno al 0,30 por 1.000, la población potencial a la que podría aplicarse las previsiones del Plan se sitúa en 15.000 personas y por lo tanto, personas susceptibles de utilizar en algún momento de sus vidas los recursos sociosanitarios de los que disponemos en la C.V.

La creación de plazas para E.M. crónicos, tanto residenciales (CEEM) como en el resto de los recursos (CRIS, CD y V.T.) es una de las PRIORIDADES para la Cons. B. Social, de ahí, que El Gobierno Valenciano, a través de la Consellería de B. Social, haya invertido desde 2003 más de 80 millones de € para la atención de personas con ENFERMEDAD MENTAL crónica.

Y continuando con la línea de CRECIMIENTO actualmente (2009) la Generalitat cuenta con una RED de 74 centros con un total de 2.223 plazas para la atención de estas personas con enfermedad mental, atendiendo a la siguiente distribución por topología de recursos:

- CRIS: 938 plazas y 15 centros
- CD: 203 plazas y 11 centros.
- CEEM: 649 plazas y 16 centros
- Residencia T. Mixta: 131 plazas y 27 centros

Al tratarse de actuaciones integradas e integrales, que afectarán tanto a las personas a las que va destinado, como a las estructuras administrativas vigentes, supondrá una aplicación gradual.

Será preciso afrontar con carácter prioritario la adaptación de un marco normativo adecuado que facilite su ejecución, así como la configuración de los recursos y servicios, sin perjuicio del mantenimiento, conservación y adaptación de los existentes, adquiriendo un mayor grado de eficacia y eficiencia, en tanto que por carácter de recurso integrado, al ponerse en relación con los otros del Sistema Valenciano de Servicios Sociales, redundará en la calidad del servicio proporcionado al usuario.

Así mismo, dado que lo que se pretende es aproximar los servicios y recursos al usuario, deberá tenerse en cuenta a la hora de su ejecución, la existencia de recursos previos y las tasas de cobertura actuales en las diferentes comarcas.

El Plan está previsto para el período 2009-2015 y dará como consecuencia las creación de:

- 12 CEEM con 488 plazas
- 27 centros de atención diurna, 2741.
- 125 VT con 720 plazas.

En total, en el 2015, la cantidad que se habrá destinado por la Generalitat, en lo que a Bienestar Social se refiere, será de 486 millones de euros.

Y ya para finalizar, no quisiera terminar sin hacer desde aquí un sincero reconocimiento a LAS FAMILIAS, que con su esfuerzo, su entrega, su sacrificio y sus reivindicaciones y ayuda, han sido auténticos protagonistas y siguen siéndolo, de la evolución positiva que la atención a los enfermos mentales ha ido experimentando. Y, como no, a los profesionales que les atienden, que han alcanzado un nivel de cualificación muy alto, que sin duda alguna nos están convirtiendo en referente importante en toda España. ¡Muchas gracias!

Ponencia Tercera

La atención pastoral de los enfermos mentales privados de libertad: retos y posibilidades

D. Vicente Jiménez Zamora, Obispo de Santander y Encargado de la Pastoral Penitenciaria

Es para mí, como Obispo Encargado de la Pastoral Penitenciaria dentro de la Comisión Episcopal de Pastoral Social de la Conferencia Episcopal Española, un motivo de alegría participar en este VII Encuentro Nacional sobre Enfermos Mentales y Prisión, organizado por el Departamento de Pastoral Penitenciaria de la CEE, en el que los enfermos mentales han sido el centro de nuestra reflexión, oración y solicitud.

Mi agradecimiento sincero y reconocimiento para las autoridades que nos han presidido; para los ponentes que nos han iluminado con su saber; para el Centro Cultural Bancaja, que nos ha acogido; para el equipo del Comité Organizador que ha trabajado con eficiencia; y para todos los asistentes por su generosa respuesta, que ha posibilitado la realización de este Encuentro que hoy clausuramos, enmarcado en el Año de la Solidaridad ("Padre Jofré:600 años de solidaridad").

El tema de los enfermos mentales en prisión es grave y aumenta en número de forma vertiginosa, como se ha puesto de relieve en este Encuentro. Es un problema social, político, de salud pública y de pastoral eclesial.

Consideramos que la prisión no es la respuesta adecuada al problema de la salud de los pacientes mentales, más bien es una dificultad añadida a su propia patología. De ahí que sea un reto para buscar alternativas y soluciones, no sólo desde las instituciones responsables al respecto, sino también desde la sociedad y desde la Iglesia, responsabilizándonos cada uno en el campo que nos corresponde. Nada humano nos debe ser ajeno.

Por lo que se refiere a la Iglesia y a todos los agentes de pastoral en las cárceles (capellanes, voluntarios) es una oportunidad y

momento de gracia para servir y cuidar a las personas enfermas mentales privadas de libertad, en las que resplandece el "rostro de Cristo". En efecto, nuestra fe proclama que "Jesucristo es el rostro humano de Dios y el rostro divino del hombre" (Ecclesia in America 67), por eso "los cristianos como discípulos y misioneros estamos llamados a contemplar en los semblantes sufrientes de nuestros hermanos el rostro de Cristo que nos llama a servirle en ellos: 'los rostros sufrientes de los pobres son rostros sufrientes de Cristo' (Juan Pablo II, Savifici Doloris,11.II.1984, 17). Ellos interpelan el núcleo del obrar de la Iglesia, de la pastoral y de nuestras actitudes cristianas" (Aparecida 405).

En mi breve exposición trataré brevemente estos puntos:

- Algunos datos sobre la enfermedad mental.
- Actuación de la Iglesia. Testimonio del P. Juan Gilabert Jofré (Valencia 1350- El Puig 1417).
- El enfermo mental, imagen de Dios: su inviolable dignidad.
- Actitudes evangélicas ante el enfermo mental.
- Líneas de acción: generales y personales.
- Llamamientos.
- Conclusión.

1-. Algunos datos sobre los enfermos mentales

Por desgracia, la enfermedad mental está avanzando a pasos agigantados en todo el mundo, y ya se habla de cerca de quinientos millones de personas con algún trastorno mental. El estudio de Instituciones Penitenciarias sobre la incidencia de la enfermedad mental en la población penitenciaria ofrece resultados reveladores de la magnitud de este problema. Según datos ofrecidos por la Sra. Secretaria General de Instituciones Penitenciara, Dª. Mercedes Gallizo, los internos con trastornos psiquiátricos están aumentando en números absolutos, bien es verdad que está aumentando el número de internos en general, pero las patologías psiquiátricas son una realidad cuantitativa y cualitativamente muy importante en nuestro sistema penitenciario. Los estudios realizados por Instituciones Penitenciarias nos dicen que un 25% de las personas que ingresan en prisión tienen acreditados diagnósticos psiquiátricos y esto sin considerar los producidos por dependencia de drogas. La misma Sra. Directora General considera que los Establecimientos Penitenciarios son inadecuados para que los pacientes mentales puedan recuperar o mejorar su salud.

Son muchas y muy diversas las causas que originan la enfermedad mental: entre las más importantes se encuentran: la negación de Dios y el relativismo ético religioso; la crisis de los valores de referencia, el hedonismo y el materialismo; la cultura tecnológica encerrada en sí misma; la exasperación de los desafíos que produce la sociedad y la búsqueda de lo imposible; los conflictos religiosos y culturales.

La situaciones de mayor riesgo que se señalan son las siguientes: la precariedad de los medios de subsistencia, de trabajo, de formación y de educación; la falta de redes de ayuda; la violación de los derechos humanos; la exclusión y la marginación; las guerras y el terrorismo; la falta de educación en la vida sentimental; los procesos de alejamiento de la realidad; los condicionamientos del ambiente; la falta de seguridad social;, la corrupción; la separación y el divorcio; la pérdida del valor de la institución matrimonial; la falta de comunicación y de tiempo

para la vida familiar; la delegación indebida de las responsabilidades propias a terceras personas o a instituciones; los conflictos entre padres e hijos y los comportamientos agresivos y violentos.

2-. Actuación de la Iglesia. Testimonio del P. Juan Gilabert Jofré.

La Iglesia desde siempre ha estado cercana a los enfermos en general y a los enfermos mentales en particular. Les acompaña con su amor de madre y con su ayuda eficaz espiritual, como lo prueban a través de los siglos las Órdenes y Congregaciones Religiosas, cuyo carisma particular es cuidar de los enfermos mentales en particular.

Quiero traer hoy y aquí el testimonio elocuente de un fiel hijo de la Iglesia: hace ya 600 años, el mercedario valenciano P. P. Juan Gilabert Jofré (Valencia, 24 junio 1350 - El Puig, 18 mayo 1417) dio voz y defensa a los enfermos mentales de su tiempo mediante el sermón pronunciado en la Catedral de Valencia el 24 de febrero 1409, primer domingo de Cuaresma:

“Hay en esta ciudad muchas obras piadosas, caritativas y de gran provecho para los pobres; pero falta una que es de suma necesidad; es decir, un Hospital o Casa en donde los pobres inocentes y enajenados sean recogidos, porque muchos pobres inocentes y locos andan por la ciudad pasando grandes necesidades de hambre, frío y malos tratamientos; por tal razón y como por su estado no saben ganar ni pedir lo que necesitan para el sustento, duermen por las calles y perecen de hambre y de frío; y hay personas tan malvadas y tan sin Dios ni conciencia, que los maltratan y ofenden, y especialmente si los encuentran dormidos, los hieren, matan algunos, y si son mujeres inocentes, sucede que abusan de ellas. Asimismo, los pobres locos, andando por la ciudad, dañan a muchas personas, y esto lo conoce toda la ciudad. Por lo cual, sería muy santo y muy bueno que en Valencia se hiciese una habitación u hospital en el que dichos locos e inocentes estuviesen recogidos, de modo que no pudiesen andar por la ciudad haciendo y recibiendo daño”.

Hasta aquí el texto del sermón del P. Jofré, traducido de su original valenciano al castellano por el Dr. José Calayud Bayá y publicado en su obra “JUAN GILABERT JOFRÉ, PROVIDENCIA DE DESGRACIADOS” (Valencia, 1946. Págs. 72-73).

Sermón histórico que posibilitó la creación del primer manicomio del mundo en la ciudad de Valencia (1410), conocido como “Hospital de los Santos Inocentes” y puesto bajo el patrocinio de Nuestra Señora de los Desamparados.

El pintor impresionista valenciano Joaquín Sorolla Bastida (Valencia, 1863 - Cercedilla, 1923) ha recreado pictóricamente para la posteridad el lugar y hecho que motivaron la convincente intervención del P. Juan Gilabert Jofré: la defensa de un enfermo mental que, ante la impasibilidad ciudadana, estaba siendo apedreado en lugar próximo a la Catedral de Valencia.

También nosotros, solidarios con la causa promovida y defendida por el P. Juan Gilabert Jofré, queremos hacer llegar desde Valencia a la sociedad española los sufrimientos, desesperanzas, frustraciones y tristezas de los enfermos mentales presos y los de sus familiares, con la esperanza de un futuro sanitario y legal que posibilite la vida normalizada de estas personas enfermas en nuestra sociedad.

3-. El enfermo mental, imagen de Dios: su inviolable dignidad.

Para la Iglesia, a la luz de la Revelación divina, el enfermo mental es una imagen sufriente de Dios. En él resplandece el misterio de la cruz victoriosa del Señor. Aproximándose más a la imagen del Siervo de Yavé (cfr. Is 53, 1-7), el enfermo mental nos impele a un acto más consciente de fe en Cristo Jesús que padece.

No es comprensible esto en una mentalidad secularizada, pero sí en la mentalidad cristiana, que además nace de una fe razonada que nos dice que Cristo sufriente está en los pobres y desprotegidos y que ve en los pobres el amor de Dios que los ha señalado como sus predilectos (cfr. Mt 25, 31-46).

Como el enfermo mental es la imagen de Cristo crucificado y resucitado, de ahí nace la obligación de ser "Buen Samaritano" para él, esto es, poner todo el empeño para curar al enfermo mental. Idear toda clase de tratamientos para sacarlo de su postración que es tanto más dolorosa cuanto más profundo es el padecimiento psíquico que sufre, ya que muchas veces el enfermo mental pierde el sentido de la relación humana y siente el ambiente circundante como un ambiente hostil en el cual es perseguido o bien la subjetividad del ambiente desaparece y las personas para él son otros tantos objetos o indiferentes o amenazas para su propio yo y su propia seguridad.

La Iglesia reafirma siempre la dignidad inviolable del enfermo mental y se esfuerza por salvaguardarla a toda costa, tanto desde el punto de vista cultural como desde el institucional, familiar e individual.

A pesar de que en la historia humana la enfermedad ha sido con frecuencia causa y motivo de exclusión y marginación social y religiosa, vemos en el Evangelio cómo Jesús se opuso siempre a esta inhumana práctica y, a pesar del escándalo y murmuraciones de muchos, acogió, atendió, curó y defendió a cuantos enfermos llegaron a él, especialmente los enfermos mentales, y procuró su reintegración en la sociedad.

"Al ponerse el sol, todos los que tenían enfermos de cualquier mal se los traían; y Él, poniendo las manos sobre cada uno, los curaba" (Lc 4, 40). Jesús se fija atentamente en cada uno de los enfermos y les dedica toda su atención, porque cada persona, y de modo especial, la persona que sufre, es muy importante para Él.

"En su actividad mesiánica en medio de Israel -nos recuerda Juan Pablo II- , Cristo se acercó incesantemente al mundo del sufrimiento humano. Pasó haciendo el bien (Hc 10, 38), y este obrar suyo se dirigía, ante todo, a los enfermos y a quienes esperaban ayuda. Curaba los enfermos, consolaba a los afligidos, alimentaba a los hambrientos,[…] liberaba a los hombres del demonio y de diversas disminuciones físicas. Era sensible ante todo sufrimiento humano, tanto del cuerpo como del alma. Al mismo tiempo instruía, poniendo en el centro de su enseñanza las ocho bienaventuranzas, que son dirigidas a los hombres probados por diversos sufrimientos en su vida temporal" (Juan Pablo II, Salvífici Dolores, 11.II.1984, 16).

Fiel al mandato del Señor (Mt 25, 35 y ss.), también la Iglesia ha estado siempre cerca del sufrimiento de los hombres y mujeres enfermos o privados de libertad. El servicio de los capellanes y de los voluntarios en los Centros Hospitalarios y en los

Establecimientos Penitenciarios ha sido y es el signo más visible de esta preocupación eclesial, llevado a cabo por las comunidades cristianas de las Diócesis y por diversas Órdenes y Congregaciones Religiosas, conforme a su carisma específico: estar junto a las personas enfermas o presas y atenderlas en sus necesidades.

El P. Juan Gilabert Jofré, hombre de Iglesia y consagrado a Dios en la Orden de la Merced para la Redención de Cautivos, siempre reconoció en las personas dementes su enfermedad y su dignidad como personas e hijos de Dios y, con su valiente denuncia pública, hizo posible los consecuentes avances en el campo de la salud, en el hospitalario y en el de la legalidad, que a tantos hombres y mujeres enfermos mentales han beneficiado hasta el día de hoy.

Sin embargo, el constante incremento de personas con patología psíquica en las prisiones observado por los miembros de las Capellanías de Pastoral Penitenciaria (capellanes y voluntarios) preocupó al Departamento de Pastoral Penitenciaria, que decidió iniciar una reflexión conjunta con profesionales de reconocida competencia, de dentro y fuera de las Instituciones Penitenciarias, para conocer con la mayor objetividad posible el problema y sus posibles soluciones.

Como fruto de esta reflexión conjunta y con la finalidad de iniciar un proceso de sensibilización de las comunidades cristianas y de la sociedad en favor de las personas enfermas mentales presas, el día 18 de septiembre de 2002 se celebró en Madrid el I Encuentro Nacional sobre Enfermos Mentales - Prisión, convocado y organizado por el Departamento de Pastoral Penitenciaria. Participaron 15 personas en este primer Encuentro.

Aunque lento, se ha podido constatar en estas dos jornadas del Encuentro que el proceso de sensibilización sigue vivo, avanza y despierta interés en nuestra sociedad, tanto a nivel nacional como de las Comunidades Autónomas, potenciado por la multiplicación de Encuentros y Jornadas organizados por Instituciones Penitenciarias, Instituciones psiquiátrico-hospitalarias, Asociaciones de familiares de enfermos mentales, Departamento de Pastoral de la Salud y otras instituciones eclesiales, así como por Informes y/o Recomendaciones de Defensores del Pueblo.

Sin embargo, a pesar del trecho recorrido, nos hallamos todavía al inicio de un largo camino. Las informaciones y exposiciones habidas en el Encuentro nos lo han hecho patente.

Esta es la realidad actual: la de los hombres y mujeres enfermos mentales que, legalmente recluidos en las cárceles o en los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, viven su enfermedad en un medio inadecuado para su tratamiento sanitario y para su reintegración familiar y social, forzosamente alejados del trato afectivo de sus familiares y de su entorno socio-cultural, soportando la propia enfermedad, la prisión impuesta y el estigma social añadido.

4-. Actitudes evangélicas ante el enfermo mental.

Principio de la presencia amorosa de Cristo en los presos. Como afirma Juan Pablo II, “si verdaderamente hemos partido de la contemplación de Cristo (en el Jubileo del segundo milenio), tenemos que saberlo descubrir, sobre todo en el rostro de aquellos con los que Él mismo ha querido identificarse” (cfr. Mt

25-35-36). El texto al que se refiere el Papa es un fragmento de la escena del Juicio Final (cfr. Mt 25, 31-46). La peculiaridad de Mt 25 está en el hecho de que el Rey anuncia que la misericordia practicada con los necesitados ha sido practicada con él mismo. Por eso cuanta razón tiene el Papa al afirmar que Mt 25 "no es una simple invitación a la caridad. Es una página cristológica, que ilumina el misterio de Cristo" (NMI 49).

Perfiles específicos de nuestra actuación pastoral con los presos (cfr. Benedicto XVI, Deus Caritas est, n. 31).

El Papa Benedicto XVI, en la carta encíclica Deus Caritas est, n. 31, hace unas reflexiones muy sugerentes sobre "el perfil específico de la actividad caritativa en la Iglesia", que son perfectamente aplicables a nuestra actuación pastoral con los presos y, especialmente, con los presos mentales. Son los siguientes:

"Formación del corazón". Nuestra dedicación a los presos mentales, que son personas con su inviolable dignidad, debe caracterizarse no sólo por la competencia profesional y la atención técnicamente correcta, sino por la humanización. Necesitamos una "formación del corazón", que nos guíe hacia ese encuentro con Dios en Cristo, que suscite en nosotros el amor y abra nuestro espíritu al otro, de modo que, para nosotros, el amor al prójimo ya no sea un mandamiento por así decir impuesto desde fuera, sino una consecuencia que se desprende de la fe, la cual actúa por la caridad (cfr. Gál 5, 6) (cfr. DCE 31 a).

"Un corazón que ve". El Papa Benedicto XVI señala, además, otra característica que define como un "corazón que ve". "El programa del cristiano -el programa del Buen Samaritano, el programa de Jesús - es una "corazón que ve". Este corazón ve dónde se necesita amor y actúa en consecuencia. Obviamente, cuando la actividad caritativa es asumida por la Iglesia como iniciativa comunitaria, a la espontaneidad del individuo debe añadirse también la programación, la previsión, la colaboración con otras instituciones similares" (CDE 31 b).

Gratuidad del amor. Nuestro servicio y caridad - indica el Papa- no es un medio en función de lo que hoy se considera proselitismo. "El amor es gratuito; no se practica para obtener otros objetivos. Pero esto no significa que la acción caritativa deba, por así decirlo así, dejar de lado a Dios y a Cristo. Siempre está en juego todo el hombre. Con frecuencia la raíz más profunda del sufrimiento es precisamente la ausencia de Dios. Quien ejerce la caridad en nombre de la Iglesia nunca tratará de imponer a los demás la fe de la Iglesia. Es consciente de que el amor, en su pureza y gratuidad, es el mejor testimonio del Dios en el que creemos y que nos impulsa a amar. El cristiano sabe cuando es tiempo de hablar de Dios y cuando es oportuno callar sobre él, dejando que hable sólo el amor. Sabe que Dios es amor (cfr. 1 Jn 4, 8) y que se hace presente justo en los momentos en que no se hace más que amar" (DCE 31 c).

5-. Líneas de actuación: generales y personales.

Me permito ahora sugerir algunas líneas de actuación que pudieran proponerse como pistas prácticas de actuación para preocuparnos de los enfermos mentales. Unas son generales y otras personales.

Líneas generales:

- establecer en los sistemas educativos bases religiosas que fijen horizontes sólidos y estables para toda la vida;
- luchar contra el relativismo, el consumismo, la pseudocultura de los deseos instintivos;
- promover la dignidad de los enfermos mentales;
- informar sobre las enfermedades mentales a la sociedad para conocerlas, prevenirlas o curarlas;
- estimular a las Órdenes Religiosas que tienen el carisma de atender a estos enfermos mentales a que no desmayen en su cometido, sino que dada la importancia de la enfermedad le dediquen un especial cuidado;
- apoyar la recepción de los sacramentos a los enfermos mentales que estén en condiciones de hacerlo;
- iluminar y consolar con la Palabra de Dios al enfermo mental según lo permita el estado psíquico-somático en el que se encuentre;
- ser conscientes de que la readaptación e inserción de un enfermo mental corresponde a toda la sociedad dentro de una solidaridad en la que se privilegia a los más necesitados;
- ayudar a la creación de un ambiente social y físico que favorezca las relaciones humanas y el sentido de pertenencia del enfermo mental a una comunidad concreta.

Líneas personales:

- aceptar positivamente la enfermedad mental combatiendo la estigmatización de estos enfermos;
- comprender las necesidades tanto físicas como psicológicas y religiosas que se ocultan tras las disfunciones mentales;
- potenciar las capacidades de cada enfermo mental;
- facilitar la comunicación interpersonal entre el paciente y quienes lo rodean, en especial dentro de la propia familia;
- alejar al enfermo de la soledad, del aislamiento y del abandono;
- comprender que frente a la enfermedad mental la ciencia sola no basta sino que hay que tratarla de una manera holística (integral) en conjunto con sus aspectos religiosos y filosóficos y científicos;
- infundir el evangelio de la esperanza cristiana en los pacientes y en sus familias;
- intensificar la terapia de la amabilidad y la dulzura en la curación de los enfermos mentales.

6-. Llamamientos

Ante la situación delicada y dolorosa de los enfermos mentales en prisión, surgen en mí como espontáneas las siguientes preguntas:

- ¿recibieron estas personas, con anterioridad a los hechos que les fueron imputados, el tratamiento psicológico o psiquiátrico que su enfermedad demandaba?
- ¿puede nuestra sociedad de bienestar mostrarse hoy satisfecha con la reforma psiquiátrica de los años 80, dándola por definitivamente acabada?
- ¿es posible sensibilizar y motivar a nuestra sociedad para que busque, invierta dinero y halle otras soluciones sociales y legales, más humanas y adecuadas a las

necesidades sanitarias de estas personas, en Instituciones extrapenitenciarias debidamente dotadas?

Agradezco a la Sra. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias, Dª,. Mercedes Gallizo Llamas, sus declaraciones públicas sobre el alto porcentaje (un 25 %) de personas enfermas mentales ingresadas por decisión judicial en Establecimientos Penitenciarios. Establecimientos que la misma Secretaria General considera inadecuados para que estos pacientes puedan recuperar o mejorar su salud.

Espero que estas declaraciones de la Secretaria General¸ pronunciadas en dirección vertical (Gobierno Central, Congreso Nacional, Comunidades Autónomas, Parlamentos Autonómicos, partidos políticos, diputados, …) y en dirección horizontal (ciudadanía, asociaciones/fundaciones/ONG y comunidades cristianas), surtan el efecto deseado en beneficio de las personas enfermas sentenciadas y también de la misma sociedad.

Somos conscientes en el Departamento de Pastoral Penitenciaria de la Conferencia Episcopal Española de la necesidad de proseguir concienciando a las partes implicadas en el problema, incluidas las Comunidades Autónomas, en la búsqueda de soluciones adecuadas¸ partiendo del principio universal de “mejor es prevenir que curar”.

Pero como no hay mejor método para adquirir un todo (que se resiste y muestra utópico en el momento actual), que conquistarlo progresivamente y por partes, en y desde este Encuentro pido:

a las autoridades nacionales y autonómicas competentes que hagan legalmente posible que las medidas de seguridad impuestas a enfermos mentales, en las que no prime la función de “retención y custodia” sobre las asistenciales, se cumplan en dispositivos asistenciales comunitarios, cerca de la familia, y no en un psiquiátrico penitenciario, a fin de evitar al enfermo mental el desarraigo adicional.

a las Delegaciones Diocesanas de Pastoral Penitenciaria que promuevan en sus respectivas Diócesis, conjuntamente con las Delegaciones Diocesanas de Pastoral de la Salud, la atención preventiva a los enfermos mentales más desfavorecidos y con patologías de mayor gravedad (especialmente en los casos de previsible final con imputación judicial), el acompañamiento a los internados en Establecimientos Penitenciarios y -para los casos de necesidad- la creación de recursos para su acogida para cuando salgan en libertad.

a la Iglesia de Valencia que escuche y acoja las informaciones y peticiones presentadas en este Encuentro, liderando en la Comunidad Autonómica Valenciana una mayor sensibilización eclesial y social hacia los enfermos mentales más desfavorecidos, la creación de recursos socio-pastorales de orientación y acogida a familiares y enfermos, y la promoción ante las autoridades competentes de reformas legales pertinentes, al igual que lo hizo hace ya 600 años con presteza y eficacia en el antiguo Reino de Valencia.

Conclusión. Recordando aquella frase esculpida en el dintel de un Hospital alemán “Infirmis sicut Christo” (a los enfermos como a Cristo), terminamos estas reflexiones insistiendo en esta imagen de Cristo sufriente en lo más íntimo de su alma, pleno de dolor y de sufrimiento, pero que convierte este mal en pleno manantial de

vida ya que su dolor y su sufrimiento constituyen el núcleo de su resurrección, pues constituyen nuestra salvación. Nuestra atención a los enfermos mentales se impone como un difícil test de nuestra fe. Tratarlos eficazmente es profesar nuestra fe en Cristo doliente y sufriente, pero a la vez resucitado y glorioso. Este es el sentido de estar celebrando estos días el VII Encuentro de Enfermos Mentales y Prisión.

Que Santa María de los Desamparados nos acompañe y ampare en la realización-conquista de nuestro proyecto liberador en favor de nuestros hermanos que, por hechos-consecuencia de su enfermedad mental, viven internados en Establecimientos Penitenciarios, alejados de sus familiares y de su entorno socio-cultural. ¡Muchas gracias!.



Mesas

Mesa Primera	PROBLEMÁTICA DE LOS ENFERMOS MENTALES EN EL CUMPLIMIENTO DE PENAS EN PRISIÓN
Mesa Segunda	TRAS LAS HUELLAS HISTÓRICAS DEL P. JUAN GILABERT JOFRÉ
Mesa Tercera	PROGRAMAS DE ATENCIÓN A LOS ENFERMOS MENTALES EN LAS PRISIONES VALENCIANAS
Mesa Cuarta	RESPUESTA SOCIAL Y EXTRAPENITENCIARIA EN LA PROBLEMÁTICA DE LOS ENFERMOS MENTALES

Mesa Primera: Problemática de los enfermos mentales en el cumplimiento de penas en prisión

Breves notas sobre las medidas de seguridad. Especial referencia al internamiento psiquiátrico.
M. P. Esther Rojo Beltrán, Magistrado-Juez del Juzgado Penal nº 14 de Valencia

Problemática de los enfermos mentales en el cumplimiento de las penas en prisión.
Nuria Vañó Hurtado, Magistrada-Juez del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria nº3 de la Comunidad Valenciana, con sede en Villena.

Suspensión de la ejecución de la pena por enajenación sobrevenida
Sabina Cervera Salvador, Magistrado de Vigilancia Penitenciaria. Castellón

Algunos problemas que plantea la ejecución de la medida de internamiento psiquiatrico y la de tratamiento externo.
Pablo Gómez-Escolar. Fiscal de vigilancia penitenciaria.

Psiquiatría forense *(power point)*
Santiago Rincón

Breves notas sobre las medidas de seguridad. Especial referencia al internamiento psiquiátrico

M. P. Esther Rojo Beltrán,
Magistrado-Juez del Juzgado Penal nº 14 de Valencia



SUMARIO: 1. MEDIDAS DE SEGURIDAD: PRINCIPIOS INFORMADORES Y CLASIFICACIÓN. 2. EJECUCIÓN DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD. 2.1. LIQUIDACIÓN MEDIDA DE SEGURIDAD. 2.2. ABONO DE LA MEDIDA CAUTELAR EN LA LIQUIDACIÓN DE LA MEDIDA. 2.3 ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE EL INTERNAMIENTO EN CENTRO PSIQUIÁTRICO COMO MEDIDA DE SEGURIDAD.

1.- MEDIDAS DE SEGURIDAD: PRINCIPIOS INFORMADORES Y CLASIFICACIÓN.

En el Derecho Penal moderno junto a la pena, como principal consecuencia del delito, figuran las medidas de seguridad, adoptándose así en la mayoría de los países un "sistema dualista" de las consecuencias jurídicas del delito.

La medida de seguridad, al igual que la pena, es un medio de lucha contra el delito. La diferencia radica en que mientras la pena atiende sobre todo al acto cometido y su base es la culpabilidad o responsabilidad del sujeto, en la medida de seguridad se atiende a la peligrosidad. Bien entendido que el Derecho Penal sólo debe ocuparse de conductas peligrosas postdelictuales y, por consiguiente, las medidas de seguridad jurídico-penales únicamente deben referirse a dichas conductas.

Siguiendo a Muñoz Conde, los principios generales que rigen las medidas de seguridad son:

1. Post-delictualidad: exigencia de comisión previa de un hecho delictivo, y viene recogido en el art. 6 CP y art. 95.1,1º CP.
2. Pronóstico de peligrosidad criminal.
3. Proporcionalidad de la medida.

Con carácter previo a referirme a las medidas de seguridad concretas a imponer, debe destacarse que el C.P. y la Constitución parten de una serie de principios en relación con las medidas de seguridad, y que aparecen recogidas en los siguientes preceptos:

a) El artículo 1.2º del C.P. refiere "Las medidas de seguridad sólo podrán aplicarse cuando concurran los presupuestos establecidos previamente por la Ley". Comienza pues el C.P. con la declaración del principio de legalidad expresamente aplicado a las medidas de seguridad. Y el artículo 2.1 C.P. afirma:" No será castigado ningún delito ni falta con pena que no se halle prevista por Ley anterior a su perpetración. Carecerán, igualmente, de efecto retroactivo las Leyes que establezcan medidas de seguridad", en consonancia con el artículo 9.3 de la C.E.

b) El artículo 3.1º dispone: "No podrá ejecutarse pena ni medida de seguridad sino en virtud de sentencia firme dictada por el Juez o Tribunal competente, de acuerdo con las leyes procesales" en relación con los artículos 24, 25.2 y 117.3 de la C.E. Se consagra el principio de jurisdiccionalidad.

c) El artículo 6.2 CP dispone que :" Las medidas de seguridad no pueden resultar ni más gravosas ni de mayor duración que la pena abstractamente aplicable al hecho cometido, ni exceder el límite de lo necesario para prevenir la peligrosidad del auto", delimitación temporal y de proporcionalidad.

d) El principio de peligrosidad criminal como fundamento de la medida contemplado en el artículo 6.1 C.P., a cuyo tenor:" Las medidas de seguridad se fundamentan en la peligrosidad criminal del sujeto al que se impongan, exteriorizada en la comisión de un hecho previsto como delito", y en el artículo 95.1.2ª, que dispone la aplicación de las medidas de seguridad, cuando del hecho y de las circunstancias personales del sujeto pueda deducirse un

pronóstico de comportamiento futuro que revele la probabilidad de comisión de nuevos delitos.

Por otra parte, la Constitución Española en su artículo 25.2º señala que" las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social".

Como anteriormente se apuntó, el C.P. tan solo ha acogido lo que la doctrina ha llamado como medidas postdelictuales y las excluye cuando el hecho sea constitutivo de falta. Así, el artículo 95.1.1º dispone: la aplicación de las medidas de seguridad cuando el sujeto haya cometido un hecho previsto como delito.

Además se prevé un procedimiento en el artículo 97 del C.P. para posibilitar:

- El mantenimiento de la ejecución de la medida de seguridad impuesta.
- El cese de cualquier medida de seguridad impuesta en cuanto desaparezca la peligrosidad criminal del sujeto.
- La sustitución de la medida de seguridad
- La suspensión de la ejecución de la medida en atención al resultado ya obtenido.

La adopción de las medidas de seguridad corresponde a los Jueces o Tribunales sentenciadores, interviniendo el Juzgado de Vigilancia Penitenciaria en el control de su ejecución, estando obligado a elevar, al menos anualmente, una propuesta de mantenimiento, cese, sustitución o suspensión de la medida de seguridad privativa de libertad.

Se establece pues un sistema de revisión de las medidas de seguridad (art. 97 y 98), con la posibilidad de decretar el cese, mantenimiento, sustitución o suspensión de la ejecución de la medida en atención a la evolución del sujeto, estableciendo la obligación del juez de vigilancia penitenciaria de elevar al tribunal sentenciador propuesta anual en tal sentido.

Hay que recordar que las medidas de seguridad sólo se imponen en los supuestos de las eximentes 1ª, 2ª y 3ª del artículo 20 del C.P.,y en el de la eximente incompleta 1ª del artículo 21 de mismo texto legal, y que las medidas de seguridad privativas de libertad tan sólo se pueden aplicar en caso de que la pena que prevea el delito de que se trate sea privativa de libertad.

La catalogación de las medidas de seguridad en el CP, se encuentra en el art. 96, que distingue entre medidas privativas de libertad y medidas no privativas de libertad.

Son medidas privativas de libertad:

- El internamiento en centro psiquiátrico.
- El internamiento en centro de deshabituación.
- El internamiento en centro educativo especial.

Son medidas no privativas de libertad:

- La inhabilitación profesional.
- La expulsión del territorio nacional de extranjeros no residentes legalmente en España.
- La obligación de residir en un lugar determinado.
- La prohibición de residir en el lugar o territorio que se designe. En este caso, el sujeto quedará obligado a declarar el domicilio que elija y los cambios que se produzcan.
- La prohibición de acudir a determinados lugares o territorios, espectáculos deportivos o culturales, o de visitar establecimientos de bebidas alcohólicas o de juego.
- La custodia familiar. El sometido a esta medida quedará sujeto al cuidado y vigilancia del familiar que se designe y que acepte la custodia, quien la ejercerá en relación con el Juez de Vigilancia Penitenciaria y sin menoscabo de las actividades escolares o laborales del custodiado.

- La privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores.
- a privación del derecho a la tenencia y porte de armas.
- La prohibición de aproximarse a la víctima, o a aquellos de sus familiares u otras personas que determine el Juez o Tribunal.
- La prohibición de comunicarse con la víctima, o con aquellos de sus familiares u otras personas que determine el Juez o Tribunal.
- La sumisión a tratamiento externo en centros médicos o establecimientos de carácter socio-sanitario.
- El sometimiento a programas de tipo formativo, cultural, educativo, profesional, de educación sexual y otros similares.

Concurrencia de penas y medidas de seguridad: art. 99.

"En el caso de concurrencia de penas y medidas de seguridad privativas de libertad, el juez o tribunal ordenará el cumplimiento de la medida, que se abonará para el de la pena. Una vez alzada la medida de seguridad, el juez o tribunal podrá, si con la ejecución de la pena se pusieran en peligro los efectos conseguidos a través de aquélla, suspender el cumplimiento del resto de la pena por un plazo no superior a la duración de la misma, o aplicar alguna de las medidas previstas en el artículo 96.3."

2. EJECUCIÓN DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD.

Señalaba Exner en el año 1914 que "el problema de la ejecución es, para el derecho de medidas en su conjunto, de la más alta significación práctica y teórica", y ello "porque el valor de la medida depende de la configuración de su ejecución" en mayor medida de lo que acontece con la pena.

En efecto, una medida de corrección que realmente no corrige, un medio de protección que no previene realmente futuras lesiones, decía el tratadista alemán, no es sino una intromisión perturbadora en la libertad del individuo y "mejor sería prescindir por completo de ellos". Concluye este autor, que "el valor político criminal de las medidas y, en último término, su justificación dependen de la posibilidad de su ejecución".

2.1 LIQUIDACIÓN MEDIDA DE SEGURIDAD

Una cuestión no exenta de polémica en relación a las medidas de seguridad, y que ha ocasionado interpretaciones divergentes entre los jueces de vigilancia y los jueces penales sentenciadores, o especializados en ejecución penal, viene referida al órgano competente para practicar la liquidación de la medida, en particular, cuando de medidas de seguridad privativas de libertad se trata.

Establece el artículo 23 del R.D. 515/2005, de 6 de mayo que "una vez recibida la resolución del juzgado de vigilancia penitenciaria que apruebe el plan de intervención, seguimiento y liquidación de la medida, los servicios sociales penitenciarios efectuarán la remisión del caso al servicio o centro correspondiente para que el penado inicie o continúe el tratamiento o programa". El artículo 23 de este texto, hace referencia pues a un plan de intervención, seguimiento y liquidación de la medida aprobado por el juzgado de vigilancia lo que induce a pensar que tal liquidación habrá de ser practicada, en línea de principio, por el Secretario Judicial del Juzgado de Vigilancia. A lo anterior cabe añadir una consideración de índole práctica, dado que es el juez de vigilancia el que tiene los datos necesarios para la práctica de tal liquidación, en particular el dato esencial de la fecha inicial de cumplimiento de la medida, que habrá sido informada por los Servicios Sociales Penitenciarios.

En la denominada jurisprudencia menor, encontramos resoluciones contradictorias sobre el particular. Así el Auto de 12 de mayo de 2006, de la Sección 6ª de la A.P. de Madrid, al resolver la cuestión de competencia planteada entre el Juzgado de Ejecuciones Penales nº 4 y el Juzgado de Vigilancia Penitenciaria nº 2, ambos de Madrid declara la competencia del juzgado de vigilancia para la aprobación del plan individual de intervención y seguimiento del penado, y liquidación de la medida de seguridad impuesta.

Por el contrario, el Auto de 2 de noviembre de 2006, de la Sección 1ª de la AP de Madrid, tras destacar que la liquidación de la medida de seguridad impuesta es trámite esencial para determinar la fecha de cumplimiento de la misma, concluye que para ello es indudablemente competente el Juzgado de Ejecuciones Penales, que suple las competencias del Juez Sentenciador. En el mismo sentido, el Auto de AP de Madrid, Sección Decimoquinta, de 21 de febrero de 2007, y en relación con una medida de seguridad consistente en tratamiento ambulatorio psiquiátrico por un periodo de tres años, señala que compete al órgano judicial sentenciador (en su caso, al Juzgado de Ejecuciones) y no al Juzgado de Vigilancia la recepción, la aprobación o la rectificación del plan individual de intervención, seguimiento y liquidación de la citada medida de seguridad, al tratarse de una medida de seguridad no privativa de libertad impuesta a un penado que no se encuentra privado de libertad. Vemos pues como esta resolución va más allá, y partiendo del dato relevante de tratarse de una medida de seguridad no privativa de libertad impuesta a un penado que no se encuentra privado de libertad, atribuye al órgano sentenciador la competencia para la recepción, aprobación o rectificación del plan individual de intervención y seguimiento, en contra del tenor literal del artículo 23 del Real Decreto 515/2005, y para la liquidación de la medida de seguridad. *A sensu contrario* cabría entender, que tratándose de un penado privado de libertad compete al juzgado de vigilancia la liquidación de la medida de seguridad de cuya ejecución se trate, tanto si es medida de seguridad privativa de libertad como no privativa de libertad.

2.2 ABONO DE LA MEDIDA CAUTELAR EN LA LIQUIDACIÓN DE LA MEDIDA

El artículo 58.1 CP establece que " el tiempo de privación de libertad sufrido provisionalmente será abonado en su totalidad por el juez o tribunal sentenciador para el cumplimiento de la pena o penas impuestas en la causa en que dicha privación fue acordada":, y el apartado 4º extiende la aplicación de lo dispuesto a las privaciones de derechos acordadas cautelarmente.

Parece fuera de toda duda que, aun cuando dicho precepto habla de penas y no de medidas de seguridad, procede el abono del tiempo sufrido en prisión provisional en la liquidación de la medida, de conformidad con el principio de prohibición de exceso.

En cuanto al ***órgano competente*** para el abono, y siguiendo a Pablo Gómez-Escolar Mazuela ("Algunas cuestiones sobre la medida de seguridad de internamiento psiquiátrico"), cuando se trate de abono en la misma causa en que el sujeto sufrió la prisión preventiva, la competencia corresponderá al tribunal sentenciador. Cuando se trate de abono de prisión sufrida en causa distinta, el abono corresponderá al Juez de Vigilancia, conforme al nº 2 del art. 58 CP, a cuyo tenor : "el abono de prisión provisional en causa distinta de la que se decretó será acordada de oficio o a petición del penado y previa comprobación de que no ha sido abonada en otra causa, por el Juez de Vigilancia Penitenciaria de la jurisdicción de la que dependa el centro penitenciario en que se encuentre el penado, previa audiencia del ministerio fiscal".

En los supuestos de concurrencia de penas y medidas de seguridad privativas de libertad de conformidad con el sistema vicarial establecido en el artículo 99 CP, procede el cumplimiento de la medida, que se abonará para el de la pena. Pues bien, el

Auto A. Provincial de Barcelona, Sección 8ª, de 7 de febrero de 2005, en el supuesto de un penado condenado a medida de seguridad y penas privativas de libertad, interesado por el penado recurrente que se deje sin efecto la liquidación de la medida de seguridad efectuada por el Sr. Secretario y la práctica de una nueva liquidación con abono del tiempo en que el mismo recibió tratamiento psiquiátrico estando en situación de prisión preventiva, desestima el recurso, toda vez que "de los términos de la propia sentencia se desprende que, indefectiblemente, después del cumplimiento de la medida de seguridad, habrá de cumplir el recurrente las penas de privación de libertad allí impuestas (…) y será al tiempo de liquidar estas últimas cuando habrá de tenerse en cuenta el abono de aquellos periodos de prisión preventiva sufridos por el mismo.

Al hilo de esta cuestión, merece destacarse la **STC de 2 de noviembre de 2004**. Ha sido práctica común que se acuerde por los juzgados el ingreso en *prisión preventiva en hospitales psiquiátricos* penitenciarios, atendidas las circunstancias personales del imputado. El recurrente en amparo es una persona con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, que se encontraba sometido a tratamiento psiquiátrico en un establecimiento de naturaleza privada, cuando se acordó su procesamiento por delitos de asesinato en grado de tentativa y de lesiones, su ingreso en prisión provisional comunicada e incondicional, y su traslado en calidad de preso al Hospital Penitenciario Psiquiátrico de Alicante, a fin de recibir el tratamiento médico que sea necesario. El TC, tras analizar los supuestos de ingreso en hospital psiquiátrico penitenciario del art. 184 R.P., concluye que "no procedía en este caso el ingreso del recurrente en prisión provisional en un establecimiento psiquiátrico penitenciario sino que lo procedente era su mantenimiento en el centro psiquiátrico privado en el que se encontraba interno (…) y ello porque no se trataba de una persona que ya hubiera sido declarada exenta de responsabilidad criminal por resolución judicial en la que se hicieran explícitas las razones por las que el órgano judicial juzgaba necesario el internamiento a la vista de la peligrosidad inherente a su condición de enfermo mental, ni tampoco se trataba de una persona que hubiera de ser ingresada en esa clase de centro al efecto de observación y emisión del correspondiente informe médico, ya que la enfermedad mental del demandante de amparo había quedado suficientemente acreditada con carácter previo". (cfr. art. 383 LECrim: demencia sobrevenida después de cometido el delito). Concluye el T.C. que no estaba justificado su ingreso en el centro psiquiátrico penitenciario de Alicante, ni su permanencia en el mismo. La medida excepcional de prisión provisional impuesta al recurrente ni resultaba necesaria "ni era la más adecuada para garantizar que fuera a recibir un tratamiento médico idóneo y una atención personal y social conveniente para hacer frente a su enfermedad y para evitar que en un futuro se lesionara a sí mismo o lesionara a los demás. La misma atribución de la condición de preso, siquiera sea acompañada del adjetivo "provisional", a quien se sabe desde un principio exento de responsabilidad penal por ausencia de imputabilidad, constituye un contrasentido, toda vez que supone la imposición con carácter provisional de una medida (la prisión) cuya posibilidad de imposición con carácter definitivo está *a priori* vedada".

La problemática o disfunción apuntada deriva de la carencia en la legislación vigente de una regulación expresa de la medida cautelar de internamiento en centro adecuado, de carácter cerrado, como un psiquiátrico penitenciario u otro similar, de modo que la única alternativa cautelar es la prisión provisional. La situación se agrava, como apunta Maza Martín, en relación con los acusados absueltos por concurrencia de una eximente y que permanecen privados de libertad en tanto en cuanto se tramita el recurso correspondiente.

2.3 ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE EL INTERNAMIENTO EN CENTRO PSIQUIÁTRICO COMO MEDIDA DE SEGURIDAD

El internamiento en centro psiquiátrico, como medida de seguridad privativa de libertad, aparece recogido en el artículo 96.2.1º del CP. Por su parte, el artículo 183 R.P., establece que

“los Establecimientos o Unidades Psiquiátricas penitenciarias son aquellos centros especiales destinados al cumplimiento de las medidas de seguridad privativas de libertad aplicadas por los tribunales correspondientes”. Esta afirmación se ve ratificada en el artículo 184 RP, que prevé “el ingreso en estos Establecimientos o Unidades Psiquiátricas penitenciarias”, entre otros casos, en el de: “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”. Parece pues que el legislador cierra el debate relativo al eventual cumplimiento de la medida de internamiento psiquiátrico en centros no penitenciarios propugnado por un amplio sector doctrinal, aunque la cuestión dista de ser pacífica.

El problema radica en última instancia, si a la hora de ejecutar esta medida deben prevalecer los aspectos puramente terapéuticos o los asegurativos que, sin duda, concurren también en la misma. El T.S. ha puesto de relieve en numerosas sentencias que en la medida de internamiento en centro psiquiátrico adquiere un carácter esencial, si no incluso prioritario, el de la finalidad terapéutica de la intervención penal para el supuesto del sujeto inimputable, que late como fundamento y objetivo último de este instrumento legal, vinculado a la pena en su función de reinserción social por mandato del art. 25 de la Constitución Española.

En ocasiones, la opción por el recurso penitenciario no responde a un juicio de elevada peligrosidad, sino simplemente a la inexistencia de recursos alternativos sociosanitarios. Se produce en este punto un divorcio entre Administración de Justicia y Administración Sanitaria, donde la falta de recursos sanitarios civiles y la limitación de los penitenciarios a dos establecimientos (Sevilla y Alicante) junto con la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Can Brians (Barcelona), donde confluyen las más variadas patologías y situaciones, lo que unido al ingreso del penado enfermo mental lejos de su lugar de residencia y de su entorno más cercano, y por un periodo de tiempo generalmente dilatado, dificulta más allá de lo deseable y razonable su regreso a la comunidad.

La red hospitalaria psiquiátrico-penitenciaria es muy reducida. Así, el hospital psiquiátrico penitenciario de Sevilla dispone de 180-190 camas; el hospital psiquiátrico penitenciario de Alicante, cuenta con 380-400 camas; ambos en la actualidad saturados. A ellos cabe añadir la Unidad de Hospitalización psiquiátrica ce Can-Brians, con 67 camas.

La existencia de sólo dos Hospitales Penitenciarios dependientes de la Administración Central, conlleva un efecto devastador desde el punto de vista del desarraigo. Son muchos los pacientes que se encuentran a cientos de kilómetros de su entorno familiar.

A la escasez de hospitales psiquiátricos penitenciarios, se une el hecho de las Unidades Psiquiátricas penitenciarias, a que alude el artículo 184 del RP no han sido creadas, a pesar de que el artículo 192 del RP establece : “ la Administración Penitenciaria procurará que la distribución territorial de las instalaciones psiquiátricas penitenciarias favorezca la rehabilitación de los enfermos a través del arraigo en su entorno familiar, mediante los correspondientes acuerdos y convenios con las Administraciones sanitarias competentes”.

Diferente es la situación en Cataluña, a partir del Decreto 329/2006, de 5 de septiembre, que aprueba el Reglamento de organización y funcionamiento de los servicios de ejecución penal. En Cataluña, la existencia de Unidades Psiquiátricas en los centros penitenciarios permite el destino a aquellos de los sujetos a los que se les ha impuesto el cumplimiento de una medida privativa de libertad.

Fuera de esto, la carencia de plazas en los Hospitales Psiquiátricos penitenciarios ha provocado que de hecho, algunos órganos jurisdiccionales decreten el internamiento en algunos de los siguientes establecimientos: a) Hospitales Psiquiátricos Provinciales; b) Salas Psiquiátricas de los Hospitales Provinciales; c) distintos dispositivos asistenciales de las distintas

Administraciones Públicas (residencias asistidas, centros ocupacionales).

El internamiento de penados en establecimientos no penitenciarios, de carácter público o privado, plantea serios problemas, pues exige que los responsables de los citados centros acepten formalmente que el penado cumpla allí su media, se hagan responsable del mismo, con las correspondientes medidas de contención, y se comprometan a que el interno no abandone el centro sin previa autorización del Tribunal. Tampoco puede obviarse el rechazo que tienen los pacientes mentales delincuentes en el ámbito comunitario, e incluso por el resto pacientes del centro en cuestión, y la alarma e inquietud que genera en los familiares de éstos.

Tales escollos, unido a la falta de recursos específicos en la red sanitaria pública, ha determinado la elección del psiquiátrico penitenciario como lugar de cumplimiento de la medida de seguridad que estamos tratando, subordinando las necesidades asistenciales y de tratamiento al aseguramiento de la contención del enfermo mental que ha cometido un delito, y ello pese a las dudas generalizadas en orden a su idoneidad. A ello cabe añadir las dudas que suscita la regulación vigente, en lo que se refiere al control por el Juez de Vigilancia de la ejecución de aquellas medidas privativas de libertad, cuando tiene lugar en centro no penitenciario. La práctica forense pone de relieve que el Juez de Vigilancia no interviene para resolver las incidencias que se plantean en los centros de internamiento no penitenciarios durante la ejecución de la medida, que vienen a ser asumidas por el Juez o Tribunal sentenciador.

En España, el Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, celebrado en Oviedo de 2003, en la ponencia que trató la atención a la salud mental de la población reclusa, se afirmó que “los dos hospitales psiquiátricos penitenciarios de Sevilla y Fontcalent, deben ser sustituidos por las estructuras clínico-asistenciales que determine cada Comunidad Autónoma”.

Esta recomendación implica no ya una mera reforma del sistema asistencial psiquiátrico, sino del sistema penal. Y aún compartiendo como programa a medio plazo y con ciertas cautelas, dicha recomendación, y admitiendo que los términos del CP son lo bastante amplios como para admitir el cumplimiento en establecimiento no necesariamente penitenciario, se plantean, a mi modo de ver, y siguiendo a Barrios Flores, dos objeciones: una de orden social, y otra de orden profesional. En cuanto a la primera, dudo que la sociedad hoy admitiera que una persona que ha cometido un grave delito pueda regresar a ella en un plazo más o menos breve. Respecto a la segunda, ni los profesionales ni las administraciones sanitarias admiten de buen grado asumir casos de pacientes mentales delincuentes. Como Juez de ejecutorias conozco bien las excusas que se plantean cuando se ha intentando realizar el internamiento en un Centro de la red sanitaria pública.

Entiendo que las instituciones psiquiátricas de seguridad son en algunos casos inevitables, y estrictamente necesarias. Ello no es óbice a la existencia de instituciones intermedias, y fundamentalmente, una red asistencial comunitaria que permita la reinserción social de pacientes mentales que han cometido delitos graves.

El internamiento psiquiátrico civil como alternativa al penal

Algunas voces han sugerido que sea el sistema civil el que se haga cargo de los enfermos mentales delincuentes. Personalmente me sumo a quienes defienden que la fórmula de la Disposición Adicional 1ª CP sobre eventual incapacitación e incluso internamiento civil no es una auténtica alternativa al internamiento psiquiátrico penal, dado que la aplicación de las medidas de seguridad postdelictuales, debe ser competencia exclusiva de la jurisdicción penal, pues hay que atender no sólo a los aspectos sanitarios, sino especialmente a las exigencias de la prevención del delito. El internamiento penal esta pensado básicamente para conjurar la peligrosidad criminal del sujeto, en

tanto que el internamiento civil está pensado para proteger a éste.

Por otro lado, los internamientos psiquiátricos civiles suelen ser de corta estancia, se pretende conseguir que el paciente supere el brote y una vez compensado se le da el alta. El juez civil se limita a autorizar la privación de libertad que supone el internamiento forzoso, y no puede oponerse al alta del paciente, que compete en exclusiva al facultativo que le atiende y trata, si bien puede, en el ejercicio del control jurisdiccional, poner fin al internamiento, si considera que a la vista de las circunstancias concurrentes no debe prolongarse.

En Valencia, a 18 de septiembre de 2009

Bibliografía:

BARRIOS FLORES, LUIS FERNANDO, *Origen, evolución y crisis de la institución psiquiátrica penitenciaria*, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, fascículo 2, 2007.

GÓMEZ-ÉSCOLAR MAZUELA, PABLO, *El Juez de Vigilancia Penitenciaria y las medidas de Seguridad*, CGPJ, 2007, pag. 121 y ss.

MAZA MARTÍN, JOSÉ MANUEL, *La necesaria reforma del Código Penal en materia de medidas de seguridad.*

SANZ MORÁN, ÁNGEL JOSÉ, *Las medidas de corrección y de seguridad en el Derecho Penal*, Editorial Lex Nova, Valladolid, 2003.

Problemática de los enfermos mentales en el cumplimiento de las penas en prisión

Nuria Vañó Hurtado,
Magistrada-Juez
del Juzgado de Vigilancia Penitenciaria nº3
de la Comunidad Valenciana, con sede en Villena



CUESTIONES QUE SE PLANTEAN A LOS PENADOS QUE ADOLECEN DE ENFERMEDADES MENTALES EN SU TRAYECTORIA PENITENCIARIA

INTRODUCCIÓN

Examinado el contenido de la temática que se va a tratar en la mesa actual, se me planteaba a la hora de concretar los puntos de mi intervención, conjugando los demás aspectos que van a tratar mis compañeros, cuáles eran aquellas cuestiones que en la práctica y en la trayectoria penitenciaria de los penados que adolecen enfermedades mentales se les cuestionan y la he centrado en aquellas más frecuentes, que a pesar de ser comunes a los demás internos, presentan en ellos peculiaridades, tales como acceso al disfrute de beneficios penitenciarios (permisos, progresión de grado...), peticiones o quejas más frecuentes (medicación, trabajo remunerado en talleres, actividades adecuadas, asesoramiento jurídico sobre trámites en procedimientos en el exterior…), su implicación en procedimientos sancionadores... etc., ello además tomando en consideración que en la actualidad y así lo resaltaba el Fiscal Santos Urbaneja en 2006, que en los Centros Penitenciarios existen internados más de 700 enfermos mentales, un 25% de la población penitenciaria (dentro de la que se encuentran aquellos que su enfermedad deriva del consumo abusivo de drogas o alcohol).

Antes de abordar esos aspectos concretos de problemas jurídicos que se plantean los enfermos mentales en el devenir diario del cumplimiento de su condena cabe hacer una breve introducción sobre las circunstancias que determinan que los enfermos mentales se vean inmersos en procedimientos penales tras los que finalmente y con la imposición de la pena de prisión ingresan a cumplir la misma en un CP, con el examen de los conceptos jurídicos de imputabilidad e inimputabilidad y en su caso la aplicación de la eximente completa artículo 20 CP o incompleta artículo 21 CP.

Muchos de los enfermos mentales presentan anomalías o alteraciones psíquicas por las que no pueden comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a dicha comprensión, o bien sufrir alteraciones en la percepción desde el nacimiento o la infancia que hagan que tengan alterada gravemente la conciencia de la realidad y que junto a otros supuestos que acoge el artículo 20 CP determinan su exención de responsabilidad criminal como inimputables, con las precisiones que el mismo precepto hace disponiendo que el trastorno mental transitorio no eximirá de pena cuando hubiese sido provocado por el sujeto con el propósito de cometer el delito o hubiere previsto o debido prever su comisión.

La inimputabilidad puede advertirse desde el mismo momento de la detención (siendo en este caso vital la figura de los agentes de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado para detectar si pudiera ser un caso de enfermo mental en periodo agudo de su enfermedad y en su caso proceder con el trámite del internamiento involuntario del artículo 763 LEC), en fase de instrucción o incluso en el desarrollo del juicio oral lo que determinaría la suspensión del procedimiento para obtener la

valoración del Médico Forense que será vital para determinar la imputabilidad del sujeto y que de hacer correctamente su función determinará:

- Si padece enfermedad o anomalía psíquica.
- Características de la enfermedad determinando si es permanente o alterna periodos agudos y de remisión.
- Si puede relacionarse la dolencia con la comisión del hecho delictivo.
- Pronóstico de peligrosidad y en su caso, medidas de seguridad adecuadas, aunque estas sean un concepto jurídico a concretar por el Magistrado o Juez sentenciador.

Se plantea especial problema en los juicios rápidos ya que la detección de las anomalías en el sujeto a veces son más difíciles en tal celeridad aunque por la vía del artículo 795 LECrim se podrá acudir al juicio ordinario por ser cuestión compleja de resolver siendo en estos casos fundamental el papel de la familia y letrado para traer al procedimiento antecedentes médicos del imputado.

Si la anomalía no llega a ser detectada y el sujeto, enfermo mental, es condenado por delito a pena de prisión, será internado en CP para su cumplimiento, pudiendo en este supuesto y después de pronunciada la sentencia firme suspenderse la ejecución de la pena por el JVP siempre que se aprecie en el penado una situación duradera de trastorno mental grave que le impida conocer el sentido de la pena (artículo 60 CP).

PROBLEMAS JURÍDICOS DEL ENFERMO MENTAL QUE CUMPLE PENA DE PRISIÓN EN CENTRO PENITENCIARIO

Si cualquier persona que ingresa en un CP se encuentra con problemas jurídicos en el desarrollo del cumplimiento de su pena al desconocer la normativa a la que debe acogerse para tratar de obtener beneficios penitenciarios como permisos, terceros grados, libertad condicional, los requisitos para los mismos, órganos competentes para resolver… más aún los internos sujetos a enfermedad mental.

En este punto, quiero traer en este momento a colación la implantación en el CP de Alicante II- Villena del Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales (PAIEM) ya que su funcionamiento ha ayudado a superar muchos de esos problemas y barreras, siendo ejemplo para su futura implantación en otros Centros Penitenciarios. Este programa se está desarrollando por un equipo multidisciplinar en el que se integran el Subdirector de tratamiento, un médico del CP, dos educadores, una monitora ocupacional, un responsable deportivo y una trabajadora social, tratando con ello de abarcar las diversas áreas o facetas de tratamiento necesarias para el enfermo mental buscando que tras la detección de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento médico de la enfermedad se pueda conseguir la elaboración del programa de rehabilitación disminuyendo los déficits del sujeto y potenciando sus capacidades, todo ello para lograr su reinserción social, siendo en este punto vital la continuidad de los cuidados del enfermo mental en la red de atención socio-sanitaria continuando los recursos antes y después de su libertad.

Los internos sujetos al PAIEM en el CP de Alicante II-Villena son 22 y no solo se hayan sujetos al equipo multidisplinar referido

sino que cada uno cuenta con un tutor individual dentro del equipo, internos de apoyo y mediación en cada módulo e internos auxiliares en la sede donde desarrollan las actividades especiales a ellos destinadas (horticultura, terapia con animales, actividades deportivas, talleres, cine-forum…).

Hechas estas precisiones vamos a abordar problemas jurídicos concretos que se plantean:

EN EL DISFRUTE DE BENEFICIOS PENITENCIARIOS

Permisos:

Sobre el momento de solicitud del permiso: Conforme a la normativa de régimen interior se solicitarán dentro de los 5 primeros días del mes, lo que se comunica en el momento del ingreso del penado al otorgarle para su conocimiento copia de tal reglamentación siendo estudiados los penados a tal fin cada 3 meses. Problema común a todos los internos que en la práctica y para los enfermos mentales solucionan los integrantes del PAIEM.

Dudas del órgano al que dirigir la solicitud: Es frecuente que se dirijan al JVP para solicitar los permisos directamente cuando lo cierto es que es necesaria la previa resolución administrativa del CP que será después recurrible en caso de denegación ante el JVP. En el artículo 160 se dispone que la solicitud de permisos de salida ordinarios o extraordinarios que formule el interno será informada por el Equipo Técnico que comprobará la concurrencia de los requisitos objetivos exigidos para el disfrute del permiso, valorará las circunstancias peculiares determinantes de su finalidad y establecerá, cuando proceda, las condiciones y controles a que se refiere el artículo 156. 2. A la vista de dicho informe preceptivo, la Junta de Tratamiento acordará la concesión o denegación del permiso solicitado por el interno. En conexión con tales preceptos el 162 de aquel texto establece las circunstancias de la denegación de permisos disponiendo que Cuando la Junta de Tratamiento acuerde denegar el permiso solicitado por el interno, se notificará a éste la decisión motivada con indicación expresa de su derecho a acudir en vía de queja al Juez de Vigilancia Penitenciaria.

CLASIFICACIÓN DE GRADO:

Órgano competente: Es frecuente que se dirijan al JVP para solicitar la progresión de grado cuando es necesaria la previa resolución administrativa del CP que será después recurrible en vía de recurso ante la Dirección General de Instituciones Penitenciarias que en caso de confirmar la no progresión abrirá la vía de recurso ante el JVP. En el caso que la solicitud se haga directamente ante el JVP procederá acordar el archivo de la petición efectuada, ya que la Junta de Tratamiento examina a los internos en el plazo máximo de cada seis meses y se pronuncia sobre si procede o no la progresión en grado haciéndoles saber en caso negativo a los internos que cuentan con el plazo de un mes para recurrir ante el Centro Directivo aquella resolución y que solo éste nuevo pronunciamiento del Centro Directivo es recurrible ante el Juzgado de Vigilancia Penitenciaria, conforme a lo dispuesto en el artículo 76.2.f de la LOGP y 31.1 RP. En atención a lo expuesto, el interno, deberá recurrir, si fuera conveniente a su derecho, la resolución que en su día se dicte por la Junta de Tratamiento sobre su mantenimiento en el segundo grado, ante el Centro Directivo para acudir con posterioridad, si lo

estima pertinente, a este Juzgado y recurrir así la resolución que adopte tal Centro Directivo sobre la progresión o no de grado, constando ya una resolución del Centro.

Algunas precisiones:

- Si la Junta de Tratamiento ha confirmado por 2 veces la clasificación en primer grado o en segundo grado, en este caso habiéndose superado la mitad de cumplimiento de la condena se puede pedir que la revisión de tales resoluciones la haga la Central Penitenciaria de Observación (artículo 105.3 RP).
- Cuando se trate de clasificación inicial y la pena sea inferior a un año de prisión la resolución de la JT recurrible directamente ante el JVP salvo si es clasificación en primer grado (artículo 103.7 RP).
- En los casos en los que se recurre el acuerdo de la Junta de Tratamiento sin la posterior resolución de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, el JVP con la anuencia o petición del MF, subsana la falta si el interno en su recurso está dentro del plazo que la ley otorga para acudir al Centro Directivo (un mes), haciendo que el recurso planteado ante el Juzgado se tenga por efectuado ante la DGIP con remisión del mismo al órgano competente.

FONDO DE LAS RESOLUCIONES:

Respecto al fondo de las resoluciones, es cierto que antes de la implantación de ciertos programas en los CP parecía que existía mayor temor de conceder beneficios penitenciarios a los internos aquejados de enfermedades mentales, pero desde la implantación en el CP de Alicante II-Villena del Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales, que iniciado allí se ha extendido a otros CP, lo cierto es que reseñado en el expediente la condición de enfermo mental del penado, los profesionales que forman el equipo interdisciplinar que los asiste hacen su valoración sobre las necesidades del interno (permisos, salidas, tratamiento…) siendo ello fundamental en la resolución que concluye en algunos casos en la concesión de permisos en penados con delitos muy graves (homicidio en la mayoría de los supuestos) con muy larga condena, que en otro caso, hubieran requerido de mayor periodo de observación al no cumplirse el requisito finalista del permiso como preparador de la vida en libertad y que por las especiales medidas de control que se articulan desde el CP con el exterior determinan que se llegue a la confianza de que el mismo se desarrollará adecuadamente: recogida y entrega por familiar, tutela familiar, sumisión a tratamiento externo con presentación diaria en el psiquiátrico penitenciario para evaluación…etc. (Art. 156 y 160 RP).

QUEJAS MÁS COMUNES:

Solicitud por los penados enfermos mentales de mantenimiento de la medicación que se les venía prescribiendo en su vida en libertad por médico psiquiatra o en el anterior Centro Penitenciario desde el que han sido trasladados…, en este sentido se da plena confianza a los servicios médicos penitenciarios que cuentan con especialistas en psiquiatría y que actuando dentro de la lex artis que rige su proceder, deben operar fuera del control judicial. Así, se estima que los facultativos del Centro están

actuando en el ejercicio legítimo de sus funciones prestando la asistencia sanitaria que prevé el artículo 209 del Reglamento penitenciario, no siendo revisable judicialmente las pautas adoptadas por los médicos sobre la prescripción o supresión de medicamentos en los tratamientos, que en la mayoría de los casos tratan de ir reduciendo con el fin de controlar la dependencia a los fármacos en su preparación a la vida en libertad.

Salidas programadas: En las peticiones dirigidas por los penados sujetos al mentado PAIEM se ha planteado recientemente peticiones sobre salidas programadas que se regulan de forma general en los artículos 114 y 117 RP con particularidades dentro del grado de clasificación de los penados y en todo caso a instancia de la Junta de Tratamiento y que los artículos 189 y 190 RP las prevé para penados que cumplen en establecimientos o unidades psiquiátricas medidas de seguridad privativas de libertad.

Entre las quejas más frecuentes estaba la solicitud de trabajo remunerado y en la actualidad se van integrando teniendo en cuenta que de los 21 internos que se encuentran en el PAIEM, dos se hallan trabajando en el seno del módulo y se ha contactado con entidades para obtener convenios para tratar de subvencionar su acceso a programas especiales de reinserción en el exterior, que podrán articularse igualmente a través del mecanismo de las salidas programadas…(artículo 30 y siguientes LOGP y RD 782/2001, de 6 de julio, por el que se regula la relación laboral de carácter especial de los penados que realicen actividades laborales en talleres penitenciarios y protección de la seguridad social: capacidad, responsabilidad...)

Petición de cumplimiento en Centros de inserción social (artículo 163 RP) Unidades externas dependientes del CP (artículo 165 RP), en Centro de deshabituación y en Centro educativo especial (182 RP)… en estos casos se examina cada caso, tomando en consideración las valoraciones y propuestas de la Junta de Tratamiento, no obstante se encuentran previstas para internos en tercer grado y normalmente requieren de la superación de un previo programa en el Centro Penitenciario dentro del segundo grado.

RÉGIMEN PENITENCIARIO

Sometimiento a régimen disciplinario: Si bien en este punto parecería que es donde más quejas pueden plantearse por el hecho de que por la propia enfermedad mental del interno se presenten en el mismo deficiencias en el autocontrol, agresividad… lo cierto es que según los responsables del PAIEM de Villena son mínimas las incidencias respondiendo ello a su ubicación en módulos no conflictivos, la designación de internos residentes en sus módulos como mediadores y la designación de internos auxiliares de los que se encuentran en el programa para motivarlos en la participación de actividades, conducirlos, asesorarles…distinguiéndose cuando algún supuesto de agresividad puede derivar de un brote de la enfermedad o episodio agudo en cuyo caso no dará lugar a sanción.

En este sentido y en conexión con lo referido en el apartado anterior debe subrayarse la ausencia de régimen disciplinario en las Unidades psiquiátricas (188.4 RP)

ALGUNAS SOLUCIONES A LOS PROBLEMAS PLANTEADOS

La consolidación del aludido programa PAIEM en el CP de Alicante II-Villena con extensión a todos los internos que puedan aprovecharlo, (incluso los clasificados en primer grado) y su implantación en los demás Centros Penitenciarios, ya que la cercanía con los profesionales que los asisten les dota de mayor protección asistencial, médica y jurídica..

La implantación de un turno de letrados que asesorarán a los internos en sus consultas jurídicas y en diversos ámbitos (civil, penal, familia, social…) que ya funciona en el CP de Alicante II-Villena.

Necesidad de articular mecanismos para que la asistencia de los enfermos mentales continúe en el exterior estableciéndose el cauce por las administraciones sanitarias para que el interno enfermo mental que extingue su condena, sepa donde acudir para que su tratamiento tenga continuidad y se les habilite de posibilidades de ocupación que eviten su reiteración delictiva.

Suspensión de la ejecución de la pena por enajenación sobrevenida

Sabina Cervera Salvador,
Magistrada de Vigilancia Penitenciaria. Castellón



Me corresponde hablar sobre la llamada ***suspensión de la ejecución de la pena por enajenación sobrevenida*** prevista en el art. 60 CP, y ello, sin perder de vista los arts. 36, 39 LOGP, y 184 c) R.P., así como los arts. 991 a 994 LECrim. que regulan el incidente procesal en que se acordará dicha suspensión.

Aunque es conocido de todos ustedes, voy a recordar la redacción del citado **art. 60 CP**, tras la modificación operada en el Código penal de 1995 por la LO 15/2003, y a analizar unas cuantas cuestiones que me suscita el contenido del precepto. Dice así:

> " 1.- Cuando, después de pronunciada sentencia firme, se aprecie en el penado una situación duradera de trastorno mental grave que le impida conocer el sentido de la pena, el JVP suspenderá la ejecución de la pena privativa de libertad que se le hubiere impuesto, garantizando que reciba la asistencia médica precisa, para lo cual podrá decretar la imposición de una medida de seguridad privativa de libertad de las previstas en este Código que no podrá ser, en ningún caso, más gravosa que la pena sustituida. Si se tratase de una pena de distinta naturaleza, el JVP apreciará si la situación del penado le permite conocer el sentido de la pena y, en su caso, suspenderá la ejecución imponiendo las medidas de seguridad que estime necesarias.
>
> El JVP comunicará al Ministerio Fiscal, con suficiente antelación, la próxima extinción de la pena o medida de seguridad impuesta, a efectos de lo previsto por la disposición adicional primera de este Código.
>
> 2.- Restablecida la salud mental del penado, éste cumplirá la sentencia si la pena no hubiere prescrito, sin perjuicio de que el Juez o Tribunal, por razones de equidad, pueda dar por extinguida la condena o reducir su duración, en la medida en que el cumplimiento de la pena resulte innecesario o contraproducente"

La primera cuestión a resaltar, es que con la reforma de 2003 se atribuye al JVP la **competencia** para acordar la suspensión por enajenación sobrevenida, y no sólo respecto de los penados que se hallen cumpliendo pena privativa de libertad, que sería el ámbito propio de estos Juzgados, sino también de penas de distinta naturaleza, es decir privativas de derechos o multa, sin excluir las impuestas en virtud de una falta, con las dificultades que ello conlleva en orden a tomar conocimiento por parte del JVP de la enajenación del penado no privado de libertad y que le deberá ser puesta en conocimiento por el propio tribunal sentenciador. (En cuanto a su posible aplicación a las penas impuestas por **faltas**, atendiendo a la redacción del art. 6.1 y 95.1.1ª CP, relativos a las medidas de seguridad que hablan de "hechos previstos como delito", cabe concluir que procederá la suspensión pero no la imposición de medidas de seguridad).

Desde el punto de vista **procesal**, decir, únicamente, que se trata de un incidente en el que deberá obrar un dictamen de especialistas, que conforme el art. 39 LOGP serán un especialista en psiquiatría, el médico del establecimiento y el médico forense, así como un informe del equipo de observación o de tratamiento. Asimismo, poner de manifiesto que el interno deberá ser asistido por Letrado, y en caso de no tenerlo, se le designará de oficio, con los problemas que ello conlleva en cuanto al desconocimiento por parte del Letrado de los condicionamientos de salud, familiares y sociales del interno. Además, la LECRim., prevé la intervención en el incidente de la acusación particular, información que deberá el Juzgado de Vigilancia Penitenciaria recabar del sentenciador antes de darle traslado para alegaciones.

El auto que lo acuerde debe ponerse en conocimiento del penado, del Ministerio Fiscal, de la acusación particular si hubiere sido parte, y de la Administración penitenciaria, y claro está, del tribunal sentenciador.

AMBITO DE APLICACIÓN:

1.- **Apreciación** de un trastorno mental: entendiendo por tal cualquier anomalía, patología o alteración psíquica, tanto sobrevenida con posterioridad al dictado de la sentencia firme, como preexistente pero que ha experimentado un agravamiento de la intensidad exigida por el precepto. Patologías muchas veces relacionadas con el entorno familiar y social del paciente, tales como la pobreza, el haber sido víctima de malos tratos o abusos sexuales, abuso del consumo de alcohol o drogas….

En este punto, debemos recordar que no son pocos los enfermos mentales y discapacitados intelectuales que cometen hechos delictivos, fundamentalmente episodios de violencia o agresividad que se traducen en daños en el mobiliario, o agresiones a los familiares o allegados o a los miembros de las fuerzas de Seguridad, pero que nunca debieron entrar en contacto con el proceso penal, y mucho menos con los Centros Penitenciarios, debiendo encauzarse la mayoría de estos episodios a través de una adecuada asistencia sanitaria, mediante su ingreso involuntario civil en un centro adecuado a su patología, y controlado por el Juzgado de 1ª Instancia.

Íntimamente relacionada con ello está la llamada enajenación inadvertida, es decir, aquellos supuestos en que existiendo la enajenación o discapacidad durante la tramitación del procedimiento la misma es ocultada o disimulada por el enfermo, que en muchas ocasiones no tendrá conciencia de enfermedad, y el abogado defensor no la aprecia, con lo que no se aprecia en sentencia a efectos de una atenuación o incluso exención de responsabilidad, ingresando el enfermo en un centro penitenciario ordinario. Y ello se ve más acentuado en la tramitación de los llamados juicios rápidos, en los que la instrucción de los asuntos dura escasas horas, y ni por el Juez instructor ni por el abogado defensor, se aprecia o pone de manifiesto la enfermedad del imputado, no acordándose el reconocimiento del mismo por el médico forense a los efectos de determinar si el mismo se halla capacitado para conocer el sentido de la pena y la ilicitud de los hechos que le han llevado al Jugado de Guardia, acabando, en no pocas ocasiones, con sentencias condenatorias dictadas con la conformidad del acusado, cuya patología no ha sido apreciada.

2.- El trastorno mental debe ser **duradero**, excluyéndose por lo tanto los transitorios, aunque no se exige que sea irremediable en cuanto que el propio precepto contempla las posibles actuaciones en el caso del restablecimiento de la salud mental del penado.

3.- En cuanto a la **gravedad**, el trastorno ha de impedir al penado conocer el sentido de la pena. La Consulta 5/1999 de la FGE establece que “ejecutar la pena de prisión sobre quien no tiene capacidad para comprender el sentido de la misma resulta inútil y gratuito desde el punto de vista de la prevención especial, pues el reo no puede verse motivado por una intervención penal que no comprende, y también desde el punto de vista de la prevención general, pues el ordenamiento jurídico lejos de afirmarse se deslegitima a los ojos de la sociedad si el cumplimiento de la pena se reviste del carácter gratuitamente odioso de una pura e inútil vindicación”

El JVP al acordar la suspensión de la ejecución de la pena PODRA, imponer una **medida de seguridad**, fundamentada, tal como claramente reza el precepto, no en la peligrosidad del reo, sino en la asistencia sanitaria del reo, que únicamente en caso de tratarse de una pena privativa de libertad, la medida de seguridad también podrá serlo, pero no podrá ser de mayor duración que la pena, es decir, del periodo que le restaba al penado para la

extinción de la pena. En todo caso, en caso de imposición de una medida de seguridad privativa de libertad deberá estarse en cuanto a su ejecución, competencia y control, a lo dispuesto en el art. 97 CP, en relación a las medidas de seguridad.

Entiendo que sería conveniente que por parte de los Centros u Hospitales donde el penado se halla cumpliendo una medida de seguridad, y al que además le resten por cumplir penas privativas de libertad, antes de la extinción de la medida comuniquen al JVP dicha circunstancia y la persistencia de la enajenación mental para que éste acuerde la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad, permitiendo que el penado permanezca en los centros, lo que redundaría en beneficio del éxito del tratamiento psiquiátrico, y evitando que los avances logrados con la ejecución de la medida de seguridad se vean truncados con el ingreso del penado en un Centro penitenciario ordinario.

El art. 60.2 CP prevé que en caso de **restablecimiento** de la salud mental del reo, se procederá al cumplimiento de la pena salvo que hubiere prescrito, y salvo que el sentenciador por razones de equidad acuerde darla por cumplida o reduzca su duración, debiendo entender por razones de equidad, el riesgo para los objetivos alcanzados con la medida de seguridad con la ejecución de la pena, y su afectación a la salud mental del reo, atendiendo a los principios de necesidad y subsidiariedad e intervención mínima que presiden el derecho penal. En cuanto a la prescripción, la misma debe entenderse respecto de la pena inicialmente impuesta en la sentencia firme, habiéndose aceptado por la Jurisprudencia (STS 1505/1999 de 1 de diciembre, y de la AP Madrid, sección 17, de 23 de octubre de 2003), como día inicial del cómputo el del auto de suspensión de la ejecución de la pena, toda vez que el régimen y plazo de prescripción de la medida de seguridad es distinto e independiente del de la pena.

En los casos en que dicho restablecimiento no se produzca, y **transcurrido el plazo** de duración de la medida, ello debería ser puesto en conocimiento de las administraciones públicas extrapenitenciarias para que el enfermo continúe su tratamiento y reciba una asistencia socio-sanitaria adecuada, que impida su retorno a los ambientes sociales marginales que le conduzcan de nuevo a entrar en la espiral de la delincuencia y de ingresos en establecimientos penitenciarios, colaboración y asistencia recogida en el art. 186.2 R.P. Asimismo, el propio art. 60 prevé que cuando se halle próxima la fecha de extinción de la medida de seguridad, se ponga esta circunstancia en conocimiento del Ministerio Fiscal a los efectos de que por el mismo se inste, ante la jurisdicción civil, el internamiento y e su caso incapacitación del sujeto a la misma, no teniendo constancia de si en la práctica la Fiscalía hace uso de esta facultad.

El art. 209.1.1 R.P. prevé que de forma periódica los establecimientos penitenciarios contarán con un **psiquiatra**, que puede pertenecer al Cuerpo Superior de Técnicos de Instituciones Penitenciarias, o puede ser personal ajeno a la administración penitenciaria. El problema se plantea respecto de los penados que, se haya o no acordado la suspensión de la ejecución de la pena por enajenación sobrevenida, no están capacitados para una convivencia en el interior del Centro penitenciario ordinario, y que, en la practica, suelen permanecer en las enfermerías de los Centros, cuando, según el art. 37 LOGP, éstas únicamente estarán destinadas a la observación y diagnóstico, pero no para la permanencia de los internos, y donde los enfermos no tienen nada que hacer, no se realizan actividades regladas; entendiendo que el destino idóneo de estos internos serán los Centros psiquiátricos penitenciarios, o las unidades psiquiátricas de los Centros Penitenciarios ordinarios, tal como prevé el art. 184 c) R.P. En muchas ocasiones, en la práctica, derivada de la conflictividad y dificultad que supone el mantenimiento de estos enfermos en centros ordinarios, se ha traducido en su clasificación en régimen cerrado y su tratamiento con psicofármacos por médicos no especializados en salud mental, y que viene a deteriorar su ya mermada salud mental.

En los Centros penitenciarios como los dos de la provincia de Castellón, no se cuenta con estas unidades psiquiátricas, con lo que los internos con medidas de seguridad de internamiento conviven en régimen ordinario en las enfermerías de los Centros o en los módulos con los restantes internos, sin programas específicos de tratamiento e intervención conforme a sus patologías, siendo objeto, en muchas ocasiones de manipulación y abuso por parte de otros internos, y protagonizando, en muchas ocasiones, ante el inadecuado abordaje de su situación psiquiátrica, episodios de violencia e indisciplina, que se traducen en sanciones disciplinarias y pérdida de beneficios penitenciarios.

Con ocasión de la preparación de esta intervención he comprobado, con sorpresa, que la aplicación por parte del JVP de la figura de la suspensión de le ejecución de la pena por enajenación sobrevenida ni siquiera figuraba en las estadísticas que elaboran los secretarios judiciales trimestralmente hasta el año 2008, y concretamente en el caso del JVP de Castellón, no consta el registro de uno sólo de estos expedientes desde la creación del mismo hasta el pasado mes de julio, que se planteó un supuesto, hoy en trámite, en relación a una falta, no teniendo constancia de haberse instado expedientes de este tipo en los archivos del Centro penitenciario de Castellón I que este año cumple 25 años, lo que creo, debe llevarnos a reflexionar sobre la existencia de un recurso legal que puede resultar beneficioso para los internos enfermos mentales y que en la práctica se aplica en muy pocas ocasiones por los tribunales, en muchas ocasiones por desconocimiento, y en otras por miedo.

Algunos problemas que plantea la ejecución de la medida de internamiento psiquiátrico y la de tratamiento externo

Pablo Gómez-Escolar
Fiscal de vigilancia penitenciaria



I- Determinación del centro de cumplimiento de la medida de seguridad de internamiento impuesta en sentencia

El art. 96 CP, al enumerar las medidas de seguridad privativas de libertad, contempla el internamiento en centro psiquiátrico, en centro de deshabituación y en centro educativo especial, sin mayor especificación sobre los requisitos que deben reunir. El art. 101 CP no concreta más en relación con el internamiento psiquiátrico, al establecer que tendrá lugar "en un establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie". Tampoco lo hace el art. 103 CP respecto los centros de educación especial. Habrá que entender que podrán ser establecimientos públicos o privados acreditados u homologados, como expresamente se reconoce en relación con la medida de internamiento para deshabituación en el artículo 102 del citado texto legal. Dentro de los públicos, podrán ser penitenciarios o de la red civil.

¿Cuáles han de ser los criterios que debe seguir el juez para optar por el dispositivo público penitenciario y no por los otros recursos sociosanitarios? Para la adopción de la medida de internamiento el CP exige dos requisitos fundamentalmente: la peligrosidad y la necesidad de tratamiento médico en régimen cerrado (arts. 5 y concordantes CP). Parece que el recurso penitenciario debería quedar reservado a los supuestos en que la mayor peligrosidad del sujeto exigiera extremar las garantías de seguridad.

¿Cómo predice el juez la peligrosidad y valora las necesidades asistenciales del sujeto? La peligrosidad, se ha dicho, es un concepto "peligroso", por su indeterminación. El CP alude al mismo en el art. 6, al establecer que constituye el fundamento de la medida y que debe exteriorizarse en la comisión de un hecho previsto como delito. La peligrosidad la entiende el Código como "pronóstico de comportamiento futuro que revele la probabilidad de comisión de nuevos delitos, deducido del hecho y de las circunstancias personales del sujeto". Ante la indeterminación del concepto, se ha llegado a sugerir por algún sector la reforma del art. 95 CP para incluir la necesidad de que ese pronóstico sea específica y debidamente motivado por el tribunal en la resolución que imponga la medida, a efectos del adecuado *control* de aquélla[1]. Sin embargo, no se ha alcanzado altas cotas de desarrollo respecto de los predictores de peligrosidad[2], quedando al juez un amplio margen de discrecionalidad.

Lo curioso es que para el desarrollo de esa función valorativa no haya previsión legal de comunicación procesal con las administraciones con responsabilidad en la ejecución de las medidas. Como hemos dicho, la medida, además de orientarse a prevenir futuros delitos, tiene una finalidad eminentemente asistencial, por lo que la opinión de los clínicos que atienden al sujeto debería ser fundamental para la asignación del recurso adecuado, aportando su visión sobre la evaluación del riesgo[3].

---

[1] MAZA MARTIN, *"Ideas para una reforma del régimen de las medidas de seguridad"*, en curso Las penas y medidas de seguridad, CGPJ, Madrid, 2006)

[2] En los centro penitenciarios catalanes se va a implantar un nuevo método, e-Riscanvi (e-Riesgocambio), que utilizará 43 ítems para establecer una escala que establecerá si el preso tiene riesgo alto, medio o bajo de tener conductas violentas. Hay otros métodos, como el HCR-20, con 20 criterios para evaluar el riesgo de conductas violentas.

[3] Vicens, E y Escuder,G . *"Los límites de la reinserción comunitaria en salud mental desde el ámbito penitenciario"*, en Informaciones Psiquiátricas - Primer trimestre 2006. Número 183, subrayan "que hasta la década de los 90 la valoración de la peligrosidad, entendida como una propiedad de la persona estable e inmutable, se pedía a la psiquiatría forense. Hoy en día, desde la clínica psiquiátrica evaluativa, la peligrosidad queda sustituida por el riesgo, no sólo los factores estáticos como las características sociodemográficas y las características de personalidad son los factores deseables a considerar para determinar el riesgo que presentan los pacientes. Es necesario centrarse en aquellos factores susceptibles al cambio. La valoración del riesgo está ligada a cuatro características dinámicas del propio paciente, de su entorno y de su lugar de tratamiento, las cuáles presentan cierta susceptibilidad al cambio aunque con diferentes grados de resistencia. Todas estas características requieren de métodos y estrategias terapéuticas distintas. En primer lugar, la característica principal a tener en cuenta es el propio trastorno o enfermedad mental, donde la activación de los síntomas psicóticos puede generar situaciones de riesgo, especialmente, en aquellos casos en que la persona cree encontrarse amenazada y controlada por otros. En segundo lugar, encontramos, la presencia de problemática familiar y una situación sociocultural pobre. El consumo de sustancias, es otra de las características a considerar. En este caso, tanto la intoxicación aguda como las secuelas del uso continuado de tóxicos que genera deterioro en el razonamiento, en el estado anímico, en el control de la impulsividad, etc. El análisis de estas características hace que la valoración del riesgo que un paciente puede tener para

Resulta imprescindible que el juez sentenciador conozca ex ante los recursos existentes a la hora de establecer la medida. Fórmulas hay muchas, como, por ejemplo, la que tiene la jurisdicción de menores para la adopción de las medidas cautelares, al establecer la presencia en la comparecencia del art. 28 LO 5/00 de la Entidad Pública de protección o reforma de menores, que informará sobre la medida y recursos disponibles.

Por tanto, los casos de menor peligrosidad deben asignarse a la red civil. En la práctica, no es fácil encontrar un recurso no penitenciario. El problema de plazas en centros civiles surge en nuestro país tras la reforma psiquiátrica que modificó la concepción asilar tradicional. Las nuevas unidades hospitalarias no pueden asumir funciones residenciales, sino que están concebidas para períodos cortos de tiempo destinados exclusivamente a afrontar la crisis de la enfermedad, no respondiendo a problemas de custodia prolongados sino a aspectos exclusivamente sanitarios.

La situación se complica en los supuestos de comorbilidad, como en los de patología dual, en los que los problemas de ubicación de los sometidos a medida son aún mayores. En algunos supuestos, el internamiento de estas personas ha generado problemas incluso desde el punto de vista del principio de legalidad. Así, por ejemplo, en la cuestión resuelta por el TS en la sentencia de 14.3.02, rec. 857/00, en relación con el ingreso en centro psiquiátrico a una persona a la que se le había apreciado la eximente de drogadicción del art. 20.2 CP[4]. La falta de recursos específicos para el tratamiento de la patología dual supone un serio problema, al ser práctica común de los servicios psiquiátricos en nuestro país, como destaca el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías[5], la exclusión de los pacientes con trastornos inducidos por el consumo de drogas tóxicas, actitud que ha determinado, en los casos en que era precisa una mayor contención, la elección del psiquiátrico penitenciario como lugar de cumplimiento, pese a que su adecuación para el tratamiento de la enfermedad del sujeto fuera discutible.

En muchos supuestos, la opción judicial por el dispositivo penitenciario no responde a un juicio de elevada peligrosidad, sino simplemente a la inexistencia de recursos alternativos sociosanitarios. Una vez que el juez ha decidido el ingreso en centro penitenciario, constatará, con sorpresa, los limitados recursos existentes. Así, respecto del internamiento en centros de deshabituación o de educación especial, el Reglamento Penitenciario sólo contempla la posibilidad de que la Administración Penitenciaria celebre los convenios necesarios con otras Administraciones Públicas o con entidades colaboradoras para la ejecución de las medidas de seguridad privativas de libertad. La Administración no tiene centros propios, habiendo desarrollado convenios sólo en materia de drogas, no de salud mental.

La inexistencia de centros de educación especial ha sido denunciada constantemente por los juzgados de vigilancia. Así, en el acuerdo 25 de la XII Reunión se insta a las Administraciones Penitenciarias a que procedan a la urgente creación de los

la población, sea una tarea extraordinariamente compleja, pero es evidente, que los factores a tener en cuenta no deben centrarse exclusivamente en el paciente. Debemos extender el análisis a los factores externos capaces de influir en el pronóstico de la rehabilitación del mismo".

[4] El Alto Tribunal estima que no puede reprochársele al tribunal de instancia que, en aras de la búsqueda de una óptima eficacia del tratamiento terapéutico del sujeto se opte por aplicar a éste, absuelto a causa de una intoxicación plena al tiempo de la comisión del hecho, el internamiento en centro psiquiátrico en lugar del centro de deshabituación. Con ello se posibilita el adecuado tratamiento a otras importantes circunstancias psíquicas concurrentes con la drogadicción (deterioro psicoorgánico derivado de encefalopatía postraumática). Invoca también el Alto Tribunal para justificar su resolución la confusión

que en la práctica se produce en nuestro sistema de ejecución de medidas entre los centros de naturaleza estrictamente psiquiátrica y los dedicados a la deshabituación, así como la necesidad de tratar conjuntamente la dependencia y la enfermedad mental para neutralizar la peligrosidad del sujeto. Desde el punto de vista del principio de legalidad, no hay reparo alguno si se cumplen los presupuestos del internamiento, que dan cobertura a la privación de libertad, siendo las diferencias de características del centro de internamiento irrelevantes a aquellos efectos.

[5] Observatorio Europeo de las drogas y toxicomanías. *El problema de la drogodependencia en la Unión Europea y Noruega.* Luxemburgo, Oficina de Publicaciones oficiales de las Comunidades Europeas, 2005, pag. 100

mismos, al repercutir su inexistencia en el tratamiento de los reclusos con deficiencias psíquicas y alteraciones en la percepción que distorsionan gravemente su conciencia de la realidad.

Quedan sólo los establecimientos psiquiátricos de naturaleza penitenciaria. El ingreso en éstos se regula en el art. 184 RP, para cumplimiento de medida, inicial o por conversión de pena conforme al art. 60 CP, y para peritaje. Las normas del RP afectan a todo el territorio del Estado, menos a Cataluña, que tiene asumidas las competencias de gestión penitenciaria. En el ámbito estatal, los establecimientos psiquiátricos penitenciarios se regulan en el capitulo séptimo del titulo VII (formas especiales de ejecución) del RP, compartiendo rúbrica con las unidades psiquiátricas penitenciarias, diferenciándose en que éstas se integran en establecimientos polivalentes. Estas unidades no se han puesto en funcionamiento, deficiencia también criticada por los jueces de vigilancia, que instan a su creación "para atender la demanda de atención especializada de sus respectivas áreas territoriales, en cumplimiento del deber de velar por la salud de los internos previsto en el art. 3.4 LOGP, y en aplicación del criterio legal de separación previsto en el art. 16 d) de la citada ley (acuerdo 26 de los criterios refundidos de la XIII reunión). El esfuerzo catalán ha cristalizado en un elenco de recursos mayor para la ejecución de las medidas de seguridad (1. Enfermerías psiquiátricas 2. Unidad Polivalente Quatre Camins (Hospital de Día, Centro de Día) 3. Unidad hospitalaria Psiquiátrica Penitenciaria de Cataluña (UHPP) 4. Hospital Penitenciario de Terrassa)

En el ámbito estatal contamos sólo con dos hospitales psiquiátricos Penitenciarios (Sevilla y Alicante), lo que ha determinado que estos acaben convirtiéndose en "cajón de sastre" en el que todo cabe. Lo veremos con unos datos. Desde el punto de vista procesal, hay 16 preventivos, 11 penados con art.60 CP y 375 sometidos inicialmente a medida de seguridad. Del total de internos, 400, sólo 38 son mujeres, ocupando un único módulo residencial, lo que dificulta la convivencia por la mezcla de situaciones y patologías, habiendo motivado una queja de la asociación de familiares de los internos pidiendo su cierre. La distribución por diagnósticos prevalentes confirma la heterogeneidad del centro: 154, esquizofrenia; 43, trastorno de personalidad; 42, trastorno por consumo de drogas; 34, retraso mental; 32, trastorno de ideas delirantes; trastornos esquizoafectivos, 12; trastorno bipolar,9, etc. Llamativo resulta también el envejecimiento de la población ingresada, motivado, en parte, por la larga duración de las medidas impuestas, siendo más de 37 los hombres ingresados mayores de 60 años, y 12 los que superan los 70.

Este sistema asilar dificulta el tratamiento rehabilitador, prevaleciendo la seguridad sobre la perspectiva asistencial, evidenciándose la necesidad de sanitarización del centro. Basta observar las normas contenidas en el Reglamento Penitenciario (artículos 207 a 220) para comprobar que el Hospital Psiquiátrico Penitenciario constituye una excepción a las normas generales, en el sentido de que se presta una atención especializada en un centro exclusivamente penitenciario (artículo 209 apartado 2.2). No cabe duda de que las razones que inspiran esta distinción remiten a la seguridad. Ahora bien, no hay ninguna razón para que en el interior del centro no se trabaje, en la medida de lo posible, con las pautas y criterios de actuación que presiden tanto el actuar sanitario como los modelos de trabajo social que se ejecutan en el resto de la sociedad. La reforma sanitaria no ha podido incidir en el terreno de los centros psiquiátricos penitenciarios debido a que los mismos están fuera de la red sanitaria general, con la salvedad del caso catalán. El problema es común a los países de nuestro entorno cultural[6]. Las deficiencias de medios personales han sido

[6] SCARPA señala que en Italia se está produciendo un serio debate sobre la institución que en el plano práctico ha dado lugar a una "sanitarización" de la misma, potenciando desde el plano interno las actividades de rehabilitación, las actividades recreativas, la capacidad socio relacional, los programas personalizados, etc. El autor señala como problemas fundamentales la conciliación de la actividad sanitaria y de la actividad de custodia, la formación del personal con el fin de lograr una especialización en el campo de la actividad rehabilitadora y la coordinación con los servicios psiquiátricos territoriales (subraya el autor la carencia de las estructuras intermedias como factor importante que impide la rehabilitación y reinserción del enfermo). Concluye señalando la importancia tanto de la renovación interna, para llegar a ser un lugar de verdadera cura y

denunciadas por la Fiscalía en la memoria de 2007, por el juzgado de vigilancia penitenciaria- en varias exposiciones razonadas a Instituciones Penitenciarias- y, últimamente, por asociaciones de familiares de internos y el propio personal del centro, exigiendo éste la cobertura y actualización de la relación de puestos de trabajo del hospital. Hay 14 plazas de funcionario y 16 de personal laboral sin cubrir. La plantilla de psiquiatras es insuficiente: un funcionario de carrera, que además es liberado sindical, 2 contratados a tiempo completo y 5 a tiempo parcial. No es mejor la situación de la plantilla de enfermeros y celadores[7]. Y tampoco la de los funcionarios de seguridad, 65, sin formación específica en el manejo de internos con patologías mentales.

La falta de creación de las unidades psiquiátricas y la concentración de los "casos duros" en los hospitales psiquiátricos de Sevilla y Alicante infringe la norma del art. 191 RP, que establece que la Administración Penitenciaria procurará que la distribución territorial de las instalaciones psiquiátricas penitenciarias favorezca la rehabilitación de los enfermos a través del arraigo en su entorno familiar, mediante los correspondientes acuerdos y convenios con las Administraciones sanitarias competentes. Esa prevista colaboración con las administraciones sanitarias competentes la propone el 185.2 RP también para la integración en programas de rehabilitación y en las estructuras intermedias existentes en el modelo comunitario de atención a la salud mental, y tampoco se ha plasmado en resultados perceptibles. Ello se debe, como se dijo, a la falta de integración de los recursos sociosanitarios en el tratamiento de los enfermos sometidos a sanción penal. Tenemos recursos penitenciarios de máxima seguridad y dispositivos civiles insuficientes en número y no preparados para el cumplimiento de medidas privativas de libertad, lo que genera ingresos indebidos los dispositivos penitenciarios.

El ingreso de un paciente lejos de su lugar de residencia y por un período generalmente dilatado dificulta más allá de lo razonable sus posibilidades de regreso a la comunidad[8]. Como señala VICENS[9] , sufrir una enfermedad mental supone una pérdida de habilidades, que lleva a la merma del sujeto en las posibilidades para trabajar, relacionarse… La implicación de instituciones sociales, comunitarias, incluso empresariales en el plan de tratamiento del sujeto es necesaria para lograr resultados. La ubicación de los hospitales psiquiátricos penitenciarios existentes en España (Fontcalent, Sevilla) a kilómetros de distancia del lugar de origen de los pacientes impide un trabajo con los recursos comunitarios. Esto no ocurre con el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Cataluña, mucho más cercano a la familia y a las poblaciones de origen a priori lo facilitaría, aunque la ubicación periférica del centro penitenciario y los escasos transportes existentes- se señala por el citado autor- sigue siendo, en muchos casos, una dificultad para trabajar en y con la comunidad.

Por otra parte, la necesidad de garantizar la continuidad asistencial es el elemento esencial de eficacia de la aplicación de la medida de seguridad [10]. La integración y coordinación entre los recursos psiquiátricos resulta imprescindible para planificar una estrategia compartida entre el recurso actual y futuro. Es esencial que la red de recursos penales esté integrada completamente en el sistema sanitario general y forme red con los recursos psiquiátricos civiles. Sólo así será posible que el paciente sea atendido en el lugar y por los profesionales que puedan favorecer su evolución y su

rehabilitación, como de la apertura al exterior, del diálogo con la sociedad (SCARPA,F, "Ospedale psichuiatrico giudiziario, en POL-IT, Speciale 20 anni di 180, vol. 4,Nº11)

[7] En escrito dirigido por la asociación de familiares de internos del Psiquiátrico AFAPI-HHPA al CGJP se compara con la situación de la UHHP de Cataluña, que cuenta con 7 psiquiatras para 67 pacientes. Respecto de los auxiliares de enfermería, el escrito denuncia la ratio real de dos para cuatro módulos, teniendo que atender a 200 pacientes.

[8] En la memoria de la Fiscalía de la Audiencia Provincial de Alicante del año 2006 se denuncia la existencia de un número elevado de internos provenientes de la Comunidad Canaria, ingresados en este centro por falta de recursos en su comunidad de origen, lo que impide trabajar día a día su retorno a la comunidad

[9] *Delito y enfermo mental,* cit. Pag 272

[10] VICENS PONS,E. *"Oportunidades y límites de la reinserción comunitaria en salud mental desde el ámbito penitenciario",* en " El juez de vigilancia y el tratamiento penitenciario", Estudios de Derecho Judicial, 84, CGPJ, Madrid, 2006, pag. 53

tratamiento. Propone VICENS avanzar en la línea del modelo anglosajón[11], en el que la asistencia psiquiátrica queda definida, en función del riesgo del paciente, en niveles de mayor a menor seguridad del recurso y fuera del ámbito penitenciario. Frente al dispositivo único, las distintas administraciones implicadas (sanitaria, justicia e interior) deberían plantear la necesidad de recursos diferenciados[12] para enfermos con anomalías psíquicas, adicción a drogas, retraso mental... en distintos niveles de seguridad. Como indica el autor, pasar de un internamiento de años de duración a la libertad sin una preparación, sin una graduación en el grado de supervisión, no tiene sentido. En los modelos centroeuropeos con unidades psiquiátricas de tres niveles de seguridad (baja, media y alta), a medida que el nivel de seguridad baja, la implicación de los equipos comunitarios es mayor.

De momento, y con lo que hay, lo que sí hay que demandar a los jueces y tribunales sentenciadores es que sólo se acuerde el ingreso en el hospital psiquiátrico penitenciario en las medidas de larga duración (una medida corta impide tratar y preparar la reinserción) y para sujetos de extrema peligrosidad. El juez debe conocer ex ante los recursos disponibles, para lo que sería muy útil la existencia de protocolos con las administraciones implicadas. El psiquiátrico penitenciario debe ser el último recurso, y nunca debe acordarse el ingreso si no se dan los presupuestos referidos, porque no haya otro centro. Si no se encuentran fórmulas de colaboración, debe ejercer su autoridad para vencer las resistencias administrativas

[11] En Inglaterra y Gales se aplica un triple sistema de seguridad: los criminales de alto riesgo son enviados a uno de los tres hospitales especiales. Los criminales de mediano riesgo son enviados a las unidades regionales de seguridad. Finalmente hay una provisión de 35.000 plazas para enfermos mentales y deficientes psíquicos en los hospitales locales, de las cuales 2.000 están en custodia cerrada. (SHANKS, Nigel. United Nations Interregional Crime and Justice Researchs Institute –UNICRI-Pathways to the management of mentally-ill offenders in the criminal justice system. Publication n. 48, Rome, december 1993, página 47 y BARLETT, Peter y SANDLAND, Ralph, Mental Health Law. Policy and Practice, Blackstone Press Limited, London, 1999, páginas 50, 76 a 78 y 82).

[12] VICENS PONS, E. *"Delito y enfermo mental"*, en La respuesta judicial ante la enfermedad mental, Estudios de Derecho Judicial, CGPJ, Madrid, 2006, pag. 273

II- Las propuestas de modificación de la medida de seguridad: el cambio del lugar de cumplimiento (art. 97 cp)

El art. 97 CP introdujo un sistema de revisión de las medidas de seguridad en la que intervenían dos instancias jurisdiccionales: el juez de vigilancia, como órgano proponente, y el tribunal sentenciador, resolviendo sobre la propuesta. Esta solución fue objeto de crítica, no sólo teórica (la función de propuesta parece ajena al contenido de la jurisdicción), sino también práctica, al dejar la resolución de fondo al órgano más distante del sometido a la medida de seguridad, poniendo en solfa el principio de inmediación.

Interesa ahora destacar alguno de los problemas que está generando su aplicación, fundamentalmente el relativo al cambio de centro de internamiento. En primer lugar, se ha planteado si la propuesta de modificación de centro de internamiento debe entenderse comprendida en el ámbito del art. 97 CP. En realidad se trata de una propuesta de mantenimiento de la medida, con cambio de lugar de ejecución. Según el art. 101 CP el interno no puede abandonar el centro de internamiento sin autorización del tribunal, "de conformidad con lo previsto en el art. 97 CP". En principio, habiendo determinado el juez sentenciador el lugar de cumplimiento, cualquier cambio del mismo debe necesariamente contar con su autorización previa, al suponer la salida el abandono del centro. Este criterio es sin duda aplicable a las propuestas de cambio de centro psiquiátrico penitenciario a centro de internamiento de la red sanitaria general, y así se viene haciendo en la práctica[13].

[13] La STS de 12.6.98 (A 6997) establece de forma tajante que el cambio de lugar de ejecución de la medida de internamiento compete en exclusiva a la sala sentenciadora de instancia.

Respecto de los traslados entre centros dependientes de Instituciones Penitenciarias, la regla general es la contraria: la Administración puede realizar el cambio de centro sin someterlo a autorización previa del tribunal sentenciador, de conformidad con lo dispuesto en el art. 79 LOGP y 31 del RP. Nos estamos refiriendo a los supuestos de traslado entre hospitales psiquiátricos penitenciarios (Sevilla y Alicante). Dígase lo mismo respecto los centros de internamiento de la administración penitenciaria catalana.

En el ámbito del psiquiátrico penitenciario de Alicante se están planteando tres situaciones disfuncionales, producto del régimen de doble control judicial del internamiento y de la falta de centros adecuados para su ejecución:

1- Propuesta de modificación al ingreso. Como hemos indicado al tratar el lugar de internamiento, la elección del psiquiátrico penitenciario por el tribunal sentenciador en ocasiones no responde a una decisión meditada sobre el grado de peligrosidad del sujeto, fundamentándose sólo en la ausencia de otro recurso disponible para la ejecución de la medida. No es infrecuente que en el momento del ingreso la administración penitenciaria repare en la inadecuación del psiquiátrico como centro de cumplimiento. El equipo multidisciplinar establecido por el RP en el art. 185 para garantizar el adecuado nivel de asistencia de los internos en ocasiones plantea ya en el informe inicial que ha de rendir al juzgado de vigilancia la falta de idoneidad del centro penitenciario para prestar dicha asistencia. El art. 186 RP fija como contenido del informe inicial, entre otros aspectos, la propuesta sobre diagnóstico, evolución, pronóstico y, por lo que aquí interesa, sobre la necesidad de mantenimiento, cese o sustitución del internamiento, la separación o el traslado a otro establecimiento o unidad psiquiátrica.

Aunque el art. 97 CP establezca el plazo de un año para la revisión del internamiento, resulta evidente que en tales supuestos deberá activarse por el juzgado de vigilancia el procedimiento de propuesta al sentenciador de cambio de recurso de cumplimiento, pues carecería de sentido mantener al interno en un régimen que desde el punto de vista asistencial se valora como inidóneo o incluso perjudicial. Confirma este argumento la previsión del art. 187 RP, que en la línea de adecuar el internamiento a la evolución del sujeto dispone: “la peculiaridad del internamiento de los enajenados reclama una información periódica para el debido control judicial, a cuyo efecto la situación personal del paciente será revisada, al menos, cada seis meses por el equipo multidisciplinar, emitiendo un informe sobre su estado y evolución”. Esta disposición no significa que se haya reducido el plazo legal de propuesta del art. 97 CP, de un año a 6 meses, en todo caso, pero sí comporta la obligación del juez de vigilancia de no esperar al transcurso del año para elevar su propuesta cuando el equipo multidisciplinar considere inadecuado el mantenimiento del interno en el centro penitenciario, tras el oportuno informe del médico forense.

Si el juez de vigilancia hace suya la propuesta inicial de cambio, se produce un choque frontal con la decisión inicial del sentenciador, lo que dificultará la reconsideración de su decisión, siempre que la misma se haya basado en la ausencia de recursos en su territorio, y no en las necesidades asistenciales y/o derivadas de la peligrosidad del interno.

2- Propuesta de cambio de centro, en el que el tribunal sentenciador requiere al juzgado de vigilancia que designe nominatim centro adecuado de internamiento. Esta segunda variante se produce con cierta frecuencia, cuando el sentenciador constata antes de resolver las dificultades de ejecución de un eventual auto autorizando el cambio de centro de cumplimiento.

Lo primero a destacar es que es dudoso que corresponda al juez de vigilancia la búsqueda de recurso adecuado. Al amparo de lo dispuesto en el art. 191 RP, en los supuestos en que se ha interesado por instituciones penitenciarias el cambio de centro, se ha planteado por la fiscalía y juzgado de vigilancia a la

administración penitenciaria informe sobre actuaciones realizadas con la administración sanitaria general para la localización del recurso adecuado. El referido artículo dispone: "la administración penitenciaria procurará que la distribución territorial de las instalaciones psiquiátricas penitenciarias favorezca la rehabilitación de los internos a través del arraigo en su entorno familiar, mediante los correspondientes acuerdos y convenios con las Administraciones sanitarias correspondientes".Como dijimos, dicha colaboración institucional, que también reclama el art. 185.2 RP en orden a la integración de los internos cuya situación lo permita en los programas de rehabilitación y estructuras intermedias existentes en el modelo comunitario de atención a la salud mental, no se ha producido, por lo que la dinámica seguida hasta ahora por instituciones penitenciarias ante el requerimiento del juzgado de vigilancia, es trasladarlo a la administración sanitaria del lugar de residencia del interno.

Otra vía exploratoria que ha seguido el juzgado de vigilancia, también infructuosa hasta el momento, ha sido dirigirse directamente a la autoridad sanitaria del lugar de residencia del sujeto para que señalara el recurso, entendiendo que dicha intervención tendría cobertura en la competencia que el art. 76 LOGP otorga al juez de vigilancia para amparar los derechos de los internos.

Finalmente, en los supuestos en que apareciendo indicado el cambio, el juzgado tras las gestiones con instituciones penitenciarias y las administraciones sanitarias no ha encontrado recurso que proponer al sentenciador, pese a todo ha elevado la propuesta de modificación, precisamente por entender que la supuesta falta de centros alegada no puede determinar un internamiento carcelario no indicado desde el punto de vista médico ni por la peligrosidad del sujeto. En la redacción derogada del art. 97 CP parece que las resoluciones que contemplaban eran facultativas para el sentenciador, al utilizar el tiempo verbal "podrá". En la reforma de la LO 15/03, utiliza el imperativo "adoptará alguna de las siguientes decisiones". Ya con la redacción anterior, la doctrina entendía que la modificación no era potestativa, sino obligatoria si la peligrosidad ha variado o la medida ya no es idónea.[14] Y así se ha hecho ver al sentenciador, a los efectos que se exponen en el apartado siguiente.

3- El juzgado propone el cambio de centro, el tribunal sentenciador lo acuerda, y el auto deviene inejecutable por falta de recurso. Es otra modalidad frecuente, que plantea el interesante problema de la naturaleza jurídica de los autos del art. 97 CP. Recordemos que la resolución sobre cambio de centro no aparece regulada expresamente en dicho artículo, que contempla el mantenimiento, cese, sustitución o suspensión de la medida, entendiendo aquella resolución incluida en el mismo en virtud de lo previsto en el art. 101.2 CP. Respecto de las resoluciones contempladas, poca duda cabe sobre su carácter imperativo y obligatorio, visto el modo verbal utilizado (decretar el cese, sustituir, dejar en suspenso...). En cuanto a la sustitución de centro, hemos encontrado una gran pasividad en los tribunales sentenciadores ante la inejecución de sus autos, como si entendieran, sin afirmarlo expresamente, que su resolución era una simple autorización, que no orden, de cambio de recurso. Tenemos un número elevado de internos que, con resolución judicial, siguen en el psiquiátrico penitenciario.

Ante esta situación, poco margen de actuación queda al juzgado de vigilancia penitenciaria. Por una parte, requerir a las administraciones implicadas, con base en el art. 76 LOGP citado, para cumplir el auto judicial; por otra, recordar al sentenciador dicho incumplimiento periódicamente para que disponga lo que en derecho proceda sobre el mismo. Parece que el juzgado de vigilancia no puede ir más allá para imponer el cumplimiento de una resolución de otro órgano jurisdiccional, que sería el llamado a presionar a las administraciones públicas para que pusieran a disposición del poder judicial los recursos necesarios para la ejecución de las medidas de seguridad establecidas en el CP.

[14] GRACIA MARTÍN, *" Tratado de las consecuencias jurídicas del delito"* , Tirant, pag 479

Las tres situaciones expuestas plantean la cuestión sobre la naturaleza del "derecho al tratamiento adecuado" y su exigibilidad ante los tribunales**,** que vamos a estudiar. No se pretende una tutela de máximos, es decir sobre el mejor tratamiento posible, sino- más modestamente- una garantía de mínimos, a saber que la ejecución de la medida no perjudique la evolución favorable del interno. Y en materia de mínimos, el problema se plantea con especial virulencia en relación con los sujetos ingresados en psiquiátricos penitenciarios por la falta de otros recursos en la comunidad. Y como veremos, se plantea también con la imposibilidad de salida de los mismos, pese a su evolución favorable, por la falta de centros en la red asistencial ordinaria.

En el plano teórico, el tercer requisito para la imposición de la medida de internamiento (la comisión de un delito y la peligrosidad son los dos primeros) es la "necesidad" de la medida. Los arts. 101,102 y 103 cp contemplan como presupuesto para imponer las medidas de internamiento que regulan (psiquiátrico, de deshabituación, en centro especial, respectivamente) que las mismas "fueren necesarias". A diferencia de la anterior obligatoriedad, ahora sólo resulta imponible como ultima ratio, como señala GARCIA ARAN[15]. Parece que la necesidad hay que interpretarla desde el punto de vista terapéutico y no desde el relativo a la peligrosidad, toda vez que ésta ya tiene mención expresa en la ley en otros artículos, y resultaría redundante.

¿Puede justificarse que un interno no salga de un centro penitenciario, que se estima inidóneo desde el punto de vista del tratamiento por falta de recursos alternativos? Como señala VENTURA MAS, la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos entiende que no existe un derecho subjetivo al tratamiento adecuado, si bien en el caso Ashgane dos de sus jueces propugnaron el deber de la Administración de buscar los mejores medios para su curación[16]. Tras recordar que esa preocupación se recoge en la Declaración de Hawai de la Asociación Mundial de Psiquiatría y en las recomendaciones del Comité de Ministros del Consejo de Europa, aboga por la necesidad de la intervención judicial del tratamiento, para evitar que los hospitales psiquiátricos tengan como función la custodia o asilo y no la terapéutica. Las limitaciones presupuestarias, concluye Ventura, no pueden servir de justificación para que se abandone como prioritario el planteamiento de la salud mental en sus aspectos no sólo médicos, sino jurídicos de gran trascendencia[17].

Debe avanzarse en la configuración de estos derecho si no se quiere perpetuar la situación actual de maltrato institucional a un grupo importante de enfermos mentales**,** que tienen que padecer la insuficiencia de recursos sociosanitarios, permaneciendo ingresados en un dispositivo penitenciario que puede incluso perjudicar su salud. En este sentido, destacar la STC de 11.3.96 (EDE 1996/896) que ha estimado que el derecho a que no se perjudique la salud personal queda comprendido en el derecho a la integridad personal. Últimamente, en la doctrina[18], se ha llegado a proponer la desaparición de los psiquiátricos penitenciarios justificándolo, entre otros motivos, en el tratamiento dispensado en ellos al enfermo mental. Dice CACERES que se está incumpliendo el art. 20 LGS, que equipara al enfermo mental al resto de enfermos, así como la recomendación del Consejo de Europa de 1983, dirigida a la protección del enfermo mental, que recoge la interpretación del Tribunal Europeo de Derechos Humanos sobre

[15] GARCIA ARAN, en *"Estudios sobre el Código Penal de 1995"*,2,CGPJ,1996,pag.406

[16] VENTURA MAS, S.*"Derechos fundamentales y cuestiones éticas en psiquiatría..Instrucciones previas"*, en La respuesta judicial ante la enfermedad mental, cit . Pag 117

[17] sobre el alcance de las obligaciones de desinstitucionalización de enfermos mentales por los Estados, en relación con la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, ver FERREIROS MARCOS, C. *" Salud mental y derechos humanos: la cuestión del tratamiento ambulatorio involuntario",* CERMI, 2007, pag. 219

[18] CACERES GARCIA, J.M. *"Las medidas de seguridad en centro psiquiátrico penitenciario. Perspectiva penitenciaria"*, en "El juez de vigilancia penitenciaria y las medidas de seguridad: análisis de la situación penitenciaria de los sometidos a medida de seguridad y la tutela judicial efectiva del Poder Judicial", CGPJ, Madrid, junio 2007.

el art. 5 del CEDH, de donde cabe destacar que “el paciente tiene derecho a recibir el tratamiento y la asistencia adecuados, bajo las mismas condiciones éticas, científicas y ambientales que cualquier otro paciente”.

JOSÉ VIDA FERNÁNDEZ[19] ha destacado recientemente la vinculación del derecho a la salud de los internos con su dignidad como personas. La configuración diferenciada de la atención sanitaria penitenciaria, al margen del sistema general, origina importantes desigualdades en su prestación a la población reclusa. La integración pretendida por la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y la consiguiente transferencia a las Comunidades Autónomas de los servicios sanitarios penitenciarios no se ha hecho aún efectiva, a pesar de las numerosas negociaciones desarrolladas al respecto, con la excepción de Cataluña, por lo que persiste la discriminación en el disfrute del derecho a la asistencia sanitaria de los internos. Postula el autor la utilización de acciones legales contra esa inactividad, en el ámbito contencioso-administrativo (por omisión en el ejercicio de la potestad reglamentaria, por reclamación directa de prestación de asistencia e incluso, cuando proceda, por responsabilidad patrimonial de la Administración)

Es necesaria la implicación de todos los agentes con responsabilidad en la ejecución de la medida desde el principio de su ejecución. Los equipos clínicos deben orientar el tratamiento no sólo a la estabilidad institucional, sino a asegurar su continuidad en el exterior, creándose un foro de discusión de casos con los servicios de salud mental comunitaria, en el que deben participar también los servicios sociales penitenciarios y comunitarios. El fiscal y el juez de vigilancia, por su función destacada en la propuesta al sentenciador, deben recibir información puntual y detallada de las iniciativas que se adopten por la Administración.

[19] VIDA FERNANDEZ, J, *“Análisis y propuestas para garantizar el derecho a la asistencia sanitaria de los internos en instituciones penitenciarias”*, La Ley Penal, 62, julio 2009, ed. La Ley

III. La asistencia postpenitenciaria

El agotamiento del plazo de la medida supone la devolución del interno a la comunidad, con independencia del curso de la enfermedad y de la buena o mala evolución de la peligrosidad. El CP 1995 quiso acercar las medidas de seguridad a las penas en materia de garantías, vinculando su extensión no sólo como hasta entonces con la peligrosidad del sujeto, sino añadiendo el límite de la gravedad del delito, con manifestaciones tanto en el tipo de respuesta (privativa o no privativa de libertad : proporcionalidad cualitativa) como en su extensión (proporcionalidad cuantitativa)

El legislador quiso establecer una cautela para evitar que el fin de la medida supusiera el abandono del enfermo a su suerte. Para ello estableció la DA 1ª del CP, con el siguiente tenor: “cuando una persona sea declarada exenta de responsabilidad criminal por concurrir alguna de las causas previstas en los números 1º y 3º del artículo 20 de este Código, el Ministerio Fiscal instará, si fuera procedente, la declaración de incapacidad ante la Jurisdicción Civil, salvo que la misma hubiera sido ya anteriormente acordada y, en su caso, el internamiento conforme a las normas de la legislación civil”.

En la provincia de Alicante, esta disposición se cumplió escrupulosamente a la entrada en vigor del CP, instando la incapacitación de los sujetos con incapacidad de autogobierno persistente[20] y la autorización de internamiento conforme al art. 763 lec a la finalización de la medida[21]. Las buenas intenciones del

[20] Actualmente, hay 100 incapacitados sobre 400 internos, en el H.Pisquiátrico Penitenciario de Alicante, según CACERES, J. *“ Las medidas...”*, cit. Pag.8. VICENS ha destacado en el ámbito catalán que la falta de nombramiento de tutelas o el mal seguimiento de las mismas genera limitaciones y desprotección en mucho de los casos (en *Delito y enfermo mental,* cit., pag.274)

[21] En la fecha de entrada en vigor del CP 1995 La fiscalía de Alicante tramitó un centenar de autorizaciones de internamiento en centro civil por extinción de la medida de seguridad, muchas de las cuales no pudieron ejecutarse la resolución judicial por “falta de centros”, originando un panorama esperpéntico, que motivó incluso la intervención del

legislador toparon con la realidad de la red de asistencia sociosanitaria en materia de salud mental, evidenciando que se necesita algo más que declaraciones judiciales formales de protección del incapaz para modificar dicha realidad.

En lugar de incidir en la reforma del sistema sociosanitario, implementando recursos intermedios en la comunidad, las sucesivas incursiones legales en la materia han sido más de lo mismo. Así, la reforma del CP introducida por la LO 15/03 vuelva a recordar la necesidad de dar cumplimiento a la Disposición Adicional Primera. Se refuerza ahora la intervención del Ministerio Fiscal, poniendo a cargo de la autoridad judicial la obligación de comunicarle la proximidad de la puesta en libertad del sujeto a los efectos de la referida disposición adicional. El Código distingue ahora los supuestos de ejecución de medida de seguridad de internamiento, en los que la obligación corresponde al tribunal sentenciador (art. 104 CP), de aquellos en los que se ha aplicado el art. 60 CP, en los que corresponde al juez de vigilancia penitenciaria el deber de comunicación al Ministerio Público.

Evidentemente, los nuevos preceptos no han solucionado el problema. ¿Qué podemos hacer para que la protección del incapaz sea efectiva y no sólo nominal? Lo primero, exigir de las Administraciones que cumplan sus obligaciones. Así, la Penitenciaria, la que le impone el Reglamento Penitenciario, concretamente el art. 185.2, según el cual: "la Administración Penitenciaria solicitará la colaboración necesaria de otras Administraciones Públicas con competencia en la materia para que el tratamiento psiquiátrico de los internos continúe, si es necesario, después de su puesta en libertad y para que se garantice una asistencia social postpenitenciaria de carácter psiquiátrico, así como para que los enfermos cuya situación personal y procesal lo permita puedan ser integrados en los programas de rehabilitación y en las estructuras intermedias existentes en el modelo comunitario de atención a la salud mental". Y la administración sociosanitaria,

Defensor del Pueblo (vid. Informe del Defensor del Pueblo a Las Cortes Generales de 1997,pags. 214 y ss)

la obligación de no discriminar negativamente a los sujetos que han extinguido la medida, con el pretexto de la ausencia de tales recursos y estructuras intermedias.

Son, por tanto, fundamentales los protocolos entre administraciones, pudiendo actuar el MF como promotor y vigilante del buen funcionamiento del sistema, llegando a plantear ante los tribunales los supuestos disfuncionales para evitar el desamparo del enfermo externado. En Alicante se firmó uno entre las Administraciones implicadas[22], cuyos resultados a fecha de hoy no se puede decir sean satisfactorios, habiendo llegado a plantearse por la Fiscalía queja ante el Sindic de Greuges por desatención de enfermos a su salida del centro. La dimensión nacional del problema exige que Instituciones Penitenciarias establezca convenios de colaboración y protocolos de actuación con las distintas Comunidades Autónomas para evitar que, por la falta de recursos de éstas, los sujetos externados queden abandonados a su suerte una vez extinguida la medida.

La sección de vigilancia penitenciaria puede jugar un papel relevante en la fiscalización de la actuación de la Administración Penitenciaria en relación con la búsqueda de recursos en la comunidad durante la ejecución del internamiento, con controles periódicos. Para que el control del Ministerio Fiscal pueda llevar a resultados positivos resulta imprescindible no se espere a la fase final de la medida para intervenir. Los Sres. Fiscales -ordena la Cicular 2/04- que reciban la comunicación prevista en el último párrafo del art. 60.1 CP la remitirán de forma inmediata a la

[22] Al ser de carácter local, no eliminaba los problemas derivados del carácter nacional propio de esta cuestión. En la práctica, con tres meses de antelación se solicita al Tribunal sentenciador que apruebe, ratificándola, la fecha de finalización de la medida de seguridad que figura en la liquidación practicada en su día. Tal aprobación es prácticamente automática porque coincide con la liquidación en todo, al no ser susceptibles de beneficios penitenciarios las medidas de seguridad. Al mismo tiempo que se interesa la aprobación de la fecha de finalización de la medida, se pide al equipo multidisciplinar que emita el informe acerca de si el interno concreto puede hacer vida normal en libertad, con el apoyo social de que dispone, o bien se pronuncie sobre si necesita algún otro tipo de apoyo o medida institucional.

Sección de incapacidades de la Fiscalía, o en su defecto al Fiscal encargado del despacho de estos asuntos, al objeto de que se proceda a instar, en su caso, la declaración de incapacidad y las medidas de protección que se estimen pertinentes. Si se espera, como sucede en la actualidad, a la fase epilogal de la medida, se llegará tarde en el intento de vencer las resistencias de las distintas Administraciones a recibir a enfermos con vitola de conflictividad.

El tránsito hacia el exterior debe prepararse ya cuando se cumple la medida. Merece destacarse, en esta línea, la organización de los recursos psiquiátricos catalana, que prevé, dentro de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria de Cataluña (UHPP), una clínica específica para abordar la fase de tránsito a la comunidad. Esta última busca una conexión entre la sanidad penitenciaria y la civil para que cuando los pacientes salgan de la prisión puedan recibir el tratamiento que necesiten[23].

No es esa la práctica en el resto del territorio del Estado, no habiéndose implementado una respuesta coordinada entre el sistema penitenciario y socio- sanitario. En algunos casos, el internamiento civil posterior ha estado condicionado más por la existencia o no de recursos en la red civil, que por las necesidades de tratamiento en régimen cerrado, denegándose ingresos necesarios o provocando altas prematuras. Debe tenerse en cuenta además que, conforme a los criterios de la psiquiatría imperante, el internamiento debe durar el mínimo imprescindible para compensar al sujeto y devolverle a la comunidad, integrándose en las estructuras intermedias. Tanto en estos casos, como en los que al sujeto al que se le ha pautado un tratamiento ambulatorio en la red civil al extinguir la medida, la red sanitaria no está ejerciendo un control efectivo sobre el seguimiento de aquél, produciéndose descompensaciones en el sujeto que disparan la peligrosidad del mismo, reincidiendo en delitos muy graves.

Debe corregirse la descoordinación expuesta, integrando en una única red la respuesta al delincuente inimputable, planificando los recursos a utilizar a la extinción de la medida y su seguimiento. Ahora bien, si en 13 años no se ha conseguido, no resulta fácil imaginar que ello pueda hacerse próximamente, máxime cuando es un problema en la que hay competencias estatales y autonómicas que armonizar. Por eso, debería valorarse para garantizar el seguimiento del enfermo el establecimiento de una medida postmedida, o en otras palabras, que al internamiento siguiera necesariamente una medida de libertad vigilada, como ocurre con el que se impone en la jurisdicción de menores, estableciendo reglas de conducta adecuadas (entre ellas, el seguimiento del tratamiento ambulatorio), cuya inobservancia tuviese también trascendencia punitiva. Por esta vía se aseguraría la continuidad de los tratamientos médicos y el control de la peligrosidad del sujeto, haciendo una ordenada transición a la "vida civil"[24].

Además de los problemas del internamiento, hay que destacar los del seguimiento en comunidad. Las Unidades de Salud Mental están colapsadas por otro tipo de demandas y carecen de la flexibilidad necesaria para acoger las necesidades de estos pacientes graves. Se dice que la división USM/UCA abre una brecha que dificulta la posibilidad de un tratamiento integrado a pacientes con patología dual[25]. Para hacer frente al problema es necesario que la red de salud mental establezca entre sus prioridades asistenciales programas de atención específicos y activos para los pacientes graves con riesgo de exclusión social. En este marco cabe citar la reciente "propuesta de estrategia en

[23] Puede consultarse la organización catalana en Informaciones Psiquiátricas, 1º t. 2006, nº 183. *Los límites de la reinserción comunitaria en salud mental desde el ámbito penitenciario*, E.V.Pons y G. Escuder Romera

[24] Vid. Sobre esta tesis GOMEZ-ESCOLAR MAZUELA, P "*Tratamiento penal de la delincuencia habitual grave"*, Diario La ley, 16.1.09. En el ámbito civil, países como Bélgica y Luxemburgo contemplan la posibilidad de reingreso forzoso por incumplimiento de las condiciones impuestas en el alta.

[25] PEREZ, E,M, *¿Psiquiatría penitenciaria?*,en Rev Esp Sanid Penit 2004; 6: 97-101 53,pag.98

salud mental del sistema Nacional de Salud"[26]. Entre los puntos críticos de la atención comunitaria de los trastornos mentales el documento reseña que "la intensidad de atención ambulatoria dispensada a los trastornos mentales graves es insuficiente, debido, en parte, a la presión de la demanda ejercida por los trastornos mentales comunes, y también a que los servicios de salud mental comunitaria no disponen de programas específicos -a nivel ambulatorio y domiciliario- dirigidos a esta población", estableciendo como objetivo "disponer, en los equipos de salud mental en el ámbito comunitario y, en relación con los trastornos mentales graves prolongados, de un sistema organizativo para evitar los abandonos, facilitar la adherencia y que incluya la atención domiciliaria, así como la gestión y la coordinación multisectorial de su proceso asistencial[27].

Los recursos para el tratamiento en medio abierto de los trastornos severos son comunes al dispositivo civil y penal, por lo que las deficiencias de aquél se transmiten al manejo de las medidas penales de seguridad. Y van más allá de la falta de los programas específicos referidos, haciendo preciso el abordaje de un plan integral de salud mental, que configure y desarrolle el funcionamiento de una red de psiquiatría comunitaria debidamente dotada. Ilustrativo resulta, a estos efectos, el debate habido en el Congreso de Diputados sobre la proposición de ley de tratamientos ambulatorios involuntarios[28]

[26] Ministerio de Sanidad y Consumo. *Propuesta de Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. 2006*. Edita y distribuye Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de Publicaciones, Madrid, 12 de diciembre de 2006.

[27] En concreto propone dos modelos de referencia: el "Tratamiento Asertivo Comunitario" y los "Programas de Continuidad de Cuidados"

[28] BARRIOS FLORES,L. *El tratamiento ambulatorio involuntario: perspectiva jurídica*. En Psiquiatría Legal, Newsletter. Tras analizar las posiciones favorables al tratamiento involuntario ambulatorio- como la de FEAFES- y las contrarias- como la de la Asociación Española de Neuropsiquiatría-, concluye que debe abrirse un debate de todos los sectores sobre el futuro de la asistencia psiquiátrica, para una implantación efectiva de la red comunitaria, desarrollando para ello el art. 20 de la Ley General de Sanidad.

IV. Problemas que plantea el control de la ejecución de las medidas no privativas de libertad.

Desde el punto de vista jurídico, llama la atención el escaso compromiso de la regulación de la ejecución de las medidas no privativas de libertad, prácticamente inexistente, con el principio de legalidad proclamado en el art. 3 CP. Los arts. 105 y 106 CP[29] apenas facilitan información útil sobre la ejecución, habiendo tenido que esperar hasta el año 2005 para que se regulara por Decreto la intervención de los servicios sociales penitenciarios como intermediarios en la comunicación entre Administración Sanitaria y Judicial. Veamos los agentes intervinientes y los problemas de relación entre ellos.

1- Los servicios de salud mental

El tratamiento en comunidad de los trastornos mentales severos plantea retos de difícil solución a los servicios sanitarios. Se ha cuestionado, como vimos, la posibilidad de que las USM puedan dar respuesta a los problemas que plantea la falta de soporte comunitario, habiéndose implementado diversos programas que pretenden un abordaje global de las necesidades del paciente a través del seguimiento del caso por equipos de tratamiento[30], en los que se integran también profesionales del trabajo social, como el tratamiento asertivo comunitario, buena solución ante la falta de accesibilidad de los crónicos severos a los servicios clásicos de salud mental, desplazados en la atención por nuevos trastornos,

[29] El art.105 CP regula los informes al sentenciador sobre cumplimiento de la medida y el 106 CP la facultad de aquel de ordenar a los servicios de asistencia social "competentes" que presten la ayuda al sometido a medida que "precise "y "legalmente corresponda". Era más adecuado el compromiso que se asumía en la D.F 2 a de la PANCP de 1983, donde se establecía que "el Gobierno, en un plazo de seis meses, remitirá a las Cortes Generales un Proyecto de Ley de aplicación de las medidas de seguridad". JORGE BARREIRO, A. " *Las medidas de seguridad aplicables a los enfermos mentales en el CP español de 1995",* Estudios Jurídicos, Ministerio Fiscal, III-1999. pag. 655

[30] Ver MARTINEZ JAMBRINA, "*El tratamiento asertivo comunitario en España"*, Bilbao, junio 08

fundamentalmente derivados de la ansiedad y depresión. En esa línea se sitúa la "propuesta de estrategia de salud mental del sistema Nacional de Salud", a la que antes aludimos. Llama la atención, sin embargo, como señala FERREIROS[31], que no se hayan incluido en la cartera de servicios comunes del sistema en el RD 1030/06. Y ello en línea con el alto coste que tendría la implantación efectiva de una red comunitaria psiquiátrica. Hicimos también referencia a la falta de consenso sobre el tratamiento ambulatorio involuntario en el *ámbito civil* entre las asociaciones profesionales y científicas. Un tercer problema sanitario lo constituye el tratamiento de la patología dual, en el que es práctica común la exclusión de pacientes con trastornos inducidos por sustancias, cuando debería propiciarse un tratamiento integrado de ambas patologías.

Cuando el tratamiento se impone por orden "*penal"*, a los problemas de las deficiencias de la red civil, hay que sumar otros que, desde el punto de vista del médico, dificultan la ejecución del mismo, como la mediatización de la relación-alianza terapéutica, el miedo a la responsabilidad civil profesional o el recelo ante la intervención judicial, que se valora como intrusismo ineficaz y burocratizador.

2- La intervención de la Administración Penitenciaria

En nuestro país, el Real Decreto 515/2005, de 6 de mayo, pretende hacer de los servicios sociales penitenciarios «una instancia de coordinación entre los órganos judiciales penales, los servicios sociales y los sanitarios». La norma regula aspectos como la elaboración del plan de intervención, el seguimiento y los informes periódicos a la instancia judicial. Como vimos, la pretensión de ordenar por Decreto la ejecución de esta medida ha recibido alguna crítica judicial[32], por entender regula competencias jurisdiccionales que sólo por ley podrían desarrollarse.

La primera actuación de estos servicios es la elaboración del plan de intervención. Los problemas básicos en esta fase aparecen por la infradotación de los servicios penitenciarios externos, desbordados por las múltiples funciones asignadas en el decreto (medidas privativas en dispositivo no penitenciario, medidas no privativas, reglas de conducta en suspensión de condena, reglas en libertad condicional, ejecución de trabajos en beneficio de la comunidad) y con nula implantación territorial. El plan será elevado al Juez de vigilancia para su aprobación o rectificación, "sin perjuicio de la competencia del órgano judicial correspondiente", añade el Decreto. El art.24 señala que los servicios sociales penitenciarios durante el cumplimiento de la medida efectuarán el control y seguimiento de las condiciones fijadas "en la resolución judicial y en el plan de intervención y seguimiento", informando al juez de vigilancia sobre su cumplimiento cuando lo establezca y, en todo caso, anualmente, y además cuando las circunstancias del sujeto cambien, lo aconseje la evolución del tratamiento, cuando se produzca cualquier incumplimiento y cuando finalice el plazo de ejecución"

3- Órganos judiciales intervinientes.

La fragmentaria y escasa regulación de la materia, de la que ha dado cuenta en otros trabajos[33], ha propiciado conflictos de

[31] FERREIROS MARCOS, "*La indicación de peligro para terceros como causa de imposición de tratamiento ambulatorio obligatorio en salud mental y dependencias"*, en Estudios de Derecho Judicial, CGPJ, 2007, pag. 330 y ss

[32] El propio R.D. se adelanta a esa posible crítica en su exposición de motivos, al constatar la ausencia de desarrollo reglamentario de la ejecución de las medidas de seguridad y la necesidad de reordenar la actividad penitenciaria, como instancia de coordinación entre los órganos judiciales penales, los servicios sociales y los sanitarios, dejando claro que "se limita exclusivamente a regular la asignación de funciones que corresponde a los servicios sociales penitenciarios en relación con esta materia, por cuanto corresponde al legislador, por prescripción constitucional, la asignación de funciones a jueces y magistrados"

[33] ver GOMEZ-ESCOLAR,P. *Propuestas de actuación en la ejecución de medidas de seguridad*, cit .

competencia entre los tribunales sentenciadores y juzgados de vigilancia penitenciaria sobre la titularidad de la competencia para el control de la ejecución de estas medidas. Se trata de decidir si estas medidas se sujetan al régimen de propuesta anual estudiado para las medidas privativas (art. 97 CP). Este sistema, como vimos, desnaturalizaba la función judicial, al convertir a los jueces de vigilancia en auxiliares de los sentenciadores, alejándose de la función propia de resolver conflictos. Por ello, en sus acuerdos unificados, siempre han propuesto una reforma legal que suprimiera la subordinación al sentenciador y les atribuyera en exclusiva del control de la ejecución de las medidas privativas (criterio 147, ratificado por última vez en junio 2009) y se han mostrado contrarios a la asunción de competencias en relación con las no privativas d libertad(reuniones de 1996 y 1997), para lo que han realizado una interpretación restrictiva de los preceptos del CP de los que parecía inferirse su intervención(arts. 97 y 105 CP)

No hay un criterio consolidado en la jurisprudencia sobre esta cuestión. El TS, en auto de 14.3.07, atribuyó la competencia al juzgado penal en conflicto con el de vigilancia, con una interpretación cuestionable de los preceptos legales reguladores[34].Otros tribunales estiman que los juzgados de vigilancia penitenciaria sólo deben intervenir en los supuestos previstos en el art.105 CP, es decir, cuando la medida no privativa se ejecute acumuladamente con la privativa de libertad. Así lo establece la Audiencia Provincial de Madrid, sección 15, en su auto de fecha 21 de febrero de 2.007. En igual sentido, se pronuncia el JVP de Granada en auto de seis de febrero de dos mil nueve. Esa tesis no puede explicar, sin embargo, por qué el legislador ha otorgado al juez de vigilancia el control de la ejecución de las medidas no privativas que impone al suspender la ejecución de penas, privativas o no, pues en ellas no se produce ejecución acumulada con ninguna sanción privativa (art.60 CP).

[34] Dice que la competencia del sentenciador en medidas no privativas se despende de los arts. 97 y 105 CPy la de los juzgados de vigilancia en las privativas, de los arts. 76 y 77 LOPJ (sic). Añade la resolución que el RD. 515/05, por referirse a medidas de internamiento, " no parece aplicable al caso"

Uno de los argumentos que mantienen los defensores de la competencia exclusiva del sentenciador en esta materia es la disfuncionalidad del sistema de propuesta. Se ha cuestionado, con razón, la lentitud de respuesta del sistema diseñado, con la cadena de informes- administrativo y judicial- sucesivos para llegar al sentenciador. Ahora bien, no necesariamente hay que interpretar que el legislador ha querido convertir al juzgado de vigilancia en simple "chivato" de los incumplimientos del justiciable o en "recadero" de los servicios sociales penitenciarios. Asumiendo que ha querido residenciar en el sentenciador las decisiones más trascendentes sobre la suerte de la medida, es posible llenar de contenido esa función de informe atribuida. Para informar hay que conocer previamente y, a esos efectos, se enderezan las daciones de cuenta periódicas de los servicios sociales. Entendemos que cuando estos comunican una incidencia, el juzgado no cumple con su traslado al sentenciador, sino que debe comprobar su realidad, pudiendo intervenir para su corrección.

¿Cómo? En nuestro ordenamiento no hay ningún precepto que explicite qué medidas puede adoptar el órgano judicial para imponer el correcto cumplimiento de la medida, ya se mantenga que el juez de vigilancia interviene en el control de ejecución, ya se defienda que corresponde directa y exclusivamente al sentenciador. ¿Puede acordar la detención y la administración forzosa del tratamiento? Como hemos visto, el debate está abierto en el ámbito civil, recientemente reavivado por la pretendida reforma del art. 763 Lec para incluir el tratamiento ambulatorio involuntario[35]. Hay que reseñar que incluso en las legislaciones civiles que lo regulan, las medidas forzosas son de escasa aplicación práctica[36]. En el ámbito penal, y por lo que respecta a mi

[35] Ver BARRIOS FLORES, *"El tratamiento ambulatorio involuntario: perspectiva jurídica"*, en Psiquiatría legal, Newsletter. Existen experiencias anteriores en algún juzgado civil (San Sebastián), adoptadas sobre la base del principio general "quien puede lo más" (autorizar el internamiento), "puede lo menos" (autorizar el tratamiento involuntario externo).

[36] Sobre la posibilidad de administración involuntaria del tratamiento ambultorio en el ámbito civil, ver el estudio de FERREIROS MARCOS,C. *¿ Tratamiento externo obligatorio?,*en Enfermedad y deficiencia mental, cit, pag.. 943 y SS. El autor da cuenta de los modelos de ejecución material de la orden en caso de incumplimiento. Los

experiencia profesional, no se ha planteado nunca por la red sanitaria el auxilio judicial para la administración forzosa del tratamiento en medio abierto[37], quizá por su dudosa eficacia terapéutica, permitiendo orillar así los problemas éticos y jurídicos que la cuestión comporta.

De lo visto, resulta que tenemos unos servicios de salud mental que dificultan el acceso de los trastornos mentales severos crónicos al tratamiento, unos servicios sociales penitenciarios infradotados, sin preparación específica y desbordados, y unos juzgados que "pelean" por no asumir la competencia de control de la ejecución de la medida. La relación ente los tres está sumamente burocratizada. Pueden pasar meses hasta que haya una respuesta judicial, que ya no podrá solucionar el problema planteado.

La mejora de la ejecución pasa por desarrollar la red sociosanitaria, por la especialización judicial y por el diseño de un protocolo de actuación de los todos los agentes implicados que permita una respuesta ágil y consistente a cada problema que se presente en la ejecución.

En cuanto a la mejora de la respuesta judicial, lo ideal sería acabar con el régimen de competencias compartidas entre tribunal sentenciador y juez de vigilancia, para evitar que las interpretaciones discrepantes entre los operadores jurídicos ocasionara la parálisis del sistema. En todo caso, mantener la bicefalia judicial no supone un obstáculo insalvable para una práctica más racional. En este sentido, la primera condición exigible es una mayor especialización del juzgado interviniente y su actuación integrada con la red sanitaria, lo que permitiría minimizar los problemas de coordinación.

La falta de una actuación coordinada entre los agentes con responsabilidad en la ejecución del tratamiento no es un mal privativo de nuestro sistema. Una situación semejante tenían, por ejemplo en EEUU, donde, sin embargo, se produjo una reacción judicial enderezada a dar una respuesta consistente al tratamiento involuntario de las adicciones y enfermedades mentales impuestos para su ejecución en la comunidad, creándose, respectivamente, las drug courts y las mental health courts[38]. Los denominados "Juzgados de Solución de Problemas" tuvieron su origen en Estados Unidos en la última década del siglo pasado. Su expansión en el contexto internacional es hoy día un hecho. Además, se ha elaborado una teoría o filosofía jurídica denominada "therapeutic jurisprudence", que supone el uso de las ciencias sociales para el estudio del alcance en que una norma o práctica legal promueve el bienestar psicológico y físico de la persona a que afecta. Junto a la creación de juzgados especializados, podemos citar, como más relevantes, el refuerzo de los servicios especializados anejos al juzgado, la buena relación con la red ordinaria de servicios socio-sanitarios, el seguimiento constante mediante controles periódicos, los sistemas de refuerzo y respuesta inmediata en las crisis y el esfuerzo por conseguir la participación constante de los afectados por las medidas.

En la doctrina se ha planteado la posibilidad de trasladar la experiencia americana a nuestro sistema, estimando que el juzgado de vigilancia podría ser el órgano judicial más idóneo para asumir las funciones de los juzgados de solución de problemas[39]. Aunque tiene la estructura adecuada, sus confusos contornos

diferentes sistemas abarcan situaciones como la simple recomendación sin consecuencias, la posibilidad de transporte a un centro de salud, el cumplimiento material de la orden (esto es, la administración de la medicación), la rehospitalización o el ingreso para observación, cuidado y tratamiento y ulterior examen en el hospital designado hasta un máximo de 72 horas para permitir al médico determinar si la persona tiene enfermedad mental que exige ingreso involuntario (el incumplimiento de la orden no implica de por sí que el afectado reúna las condiciones para el internamiento posterior forzoso).

[37] con eventual traslado a recurso hospitalario, al no considerarse segura su administración en domicilio o en medio comunitario.

[38] Sobre su funcionamiento, puede verse FERREIROS MARCOS, *"Salud mental y derechos humanos: la cuestión del tratamiento ambulatorio involuntario",* tesis doctoral, Alicante, 2007.

[39] WEXLER, David B. y CALDERÓN, Jeanine *"El juez de vigilancia penitenciaria: un modelo para la creación de juzgados de reinserción en las jurisdicciones angloamericanas en aplicación de los principios del Derecho Terapéutico",*en *Revista Española de Investigación Criminológica* AC-01-04, pág. 4

competenciales, la escasez de medios de los servicios sociales penitenciarios y la insuficiencia de la red de servicios sociosanitaria para la atención de estos problemas y su falta de coordinación con el sistema judicial hacen ilusorio el planteamiento de esquemas como los trazados en Estados Unidos.

Sí nos podemos quedar con su enfoque deontológico, sustentado sobre la base de la *ética del cuidado*, que dota a la profesión judicial del carácter de un genuino *servicio social.* Como se ha dicho por algún autor[40], el juzgador deberá considerar si las consecuencias anti-terapéuticas de la ley pueden ser reducidas y su alcance terapéutico promovido sin subordinar el proceso debido y demás valores de justicia. En algunos supuestos, con técnicas contractualistas, que no suponen, en todo caso, pérdida de la posición garantista y neutral propia de la función judicial. Todo ello comporta nuevas actitudes y estrategias, siendo la fundamental el seguimiento constante en los incumplimientos de citas, que, una vez agotadas las posibilidades de los equipos sanitarios y sociales, debe traducirse en la rápida actuación judicial (llamadas telefónicas, visita de personal del juzgado ,etc), actuación que ya es posible con nuestra deficiente regulación y que en Alicante se concreta en la comparecencia ante el juzgado para requerimiento formal de cumplimiento de la medida.

Para que el juez pueda resolver con fundamento, las comunicaciones sanitarias deben ser rápidas y completas y con propuestas de intervención claras y posibles. En la mayoría de los territorios del Estado, el plan de seguimiento es poco más que un formulario rellenado por los servicios sociales penitenciarios y no hay relación directa con los servicios de salud. La dificultad de gestión de muchos trastornos severos crónicos debe llevar a un estudio integral y dinámico de situación, para lo que no parece mal instrumento el plan de seguimiento. Parece que esto se ha conseguido en Cataluña, con la comisión de casos judiciales, con técnicas de tipo case management.[41] Y lo que es más importante, a que haya mecanismos de fluida comunicación con la autoridad judicial. Parece que también es positiva la experiencia catalana de los delegados del equipo de medidas penales alternativas.

La respuesta que debe dar el órgano judicial ha de ser rápida y proporcionada, huyendo del automatismo de optar por el internamiento penal- cuando es posible-, sin agotar las posibilidades de la medida ambulatoria[42]. Extinguidas las posibilidades de tratamiento en comunidad, nos encontraremos con un nuevo problema legal, la deficiente regulación de las consecuencias del quebrantamiento de la medida de seguridad. El art. 100 CP establece: "1.El quebrantamiento de una medida de seguridad de internamiento dará lugar al reingreso del sujeto en el mismo centro del que se hubiese evadido o en otro que corresponda a su estado. 2. Si se tratare de otras medidas, el juez o tribunal podrá acordar la sustitución de la quebrantada por la de internamiento si ésta estuviese prevista para le supuesto de que se trate y si el quebrantamiento demostrare su necesidad.3.En ambos casos el juez o tribunal deducirá testimonio por el quebrantamiento". El internamiento sólo será posible si el delito cometido está castigado con pena privativa de libertad, conforme al principio de proporcionalidad con el hecho establecida en los arts.

[40] MYRIAM HERRERA MORENO, *Rehabilitación y restablecimiento social. Valoracion del potencial rehabilitador de la justicia restauradora desde planteamientos de teoría jurídica terapeutica*. CGPJ, 2006

[41] Ver VICENS y ESCUDER, *" Los límites de la reinserción.."*, cit. El Comité canadiense para la continuidad del cuidado propone la siguiente definición de case management: "es una herramienta encaminada a ofrecer un plan de intervención coordinado y continuo, adaptado a las necesidades del cliente y de su red natural de apoyo (familia, amigos). Es un proceso centrado en el respeto, la colaboración y la negociación de todos los implicados... El CM resulta de un esfuerzo constante de discusión y negociación que tiene por objetivo ayudar al cliente recuperar una capacidad que de un sentido positivo a su vida

[42] La Recomendación, del Comité de Ministros a los Estados miembros R(92)16, de 19 de octubre de 1992, sobre las Reglas Europeas sobre sanciones y medidas no privativas de libertad establece un amplio marco para estas medidas de las que subrayamos, entre otras muchas, la regla 78 que expresa que las transgresiones menores a las instrucciones de la autoridad que impone la medida, o contra condiciones u obligaciones que no requieren el uso del proceso de revocación de la sanción o medida, deben ser rápidamente resueltas con medidas discrecionales o, si fuera necesario, en un procedimiento administrativo

6 y 95 CP. La respuesta al incumplimiento es insatisfactoria, toda vez que el delito de quebrantamiento de medida no privativa se castiga con multa, por lo que tampoco podrá, por esa vía, llegarse a un nuevo internamiento, teniendo que imponer al sujeto, de ser inimputable, otra nueva medida de tratamiento ambulatorio. Y tratándose de crónicos, la situación se planteará en cada recidiva, originándose una nueva "puerta giratoria", esta vez con la sucesión indefinida de medidas no privativas de libertad sistemáticamente incumplidas.

V. El art. 60 CP y la continuidad del tratamiento psiquiátrico de los penados

El art. 60 CP permite suspender la ejecución de la pena en supuestos en que se detecta después de la sentencia una profunda afectación de las facultades superiores. La aplicación de este precepto no ha estado exenta de recelos, toda vez que la indefinición del estatuto del enfermo mental internado le hace de peor condición en muchos casos que el penado. Pienso, sin embargo, que puede proporcionar un mejor tratamiento de algunos internos a los que la calificación de "penados" dificulta el acceso a recursos sanitarios psiquiátricos

La LO 15/03 modificó sustancialmente la regulación que hacía el art. 60 CP de la enajenación sobrevenida tras la sentencia de condena. Dice ahora el precepto: "Cuando, después de pronunciada sentencia firme, se aprecie en el penado una situación duradera de trastorno mental grave que le impida conocer el sentido de la pena, el Juez de Vigilancia Penitenciaria suspenderá la ejecución de la pena privativa de libertad que se le hubiera impuesto, garantizando que reciba la asistencia médica precisa, para lo cual podrá decretar la imposición de una medida de seguridad privativa de libertad de las previstas en este Código que no podrá ser, en ningún caso, más gravosa que la pena sustituida. Si se tratase de una pena de distinta naturaleza, el Juez de Vigilancia Penitenciaria apreciará si la situación del penado le permite conocer el sentido de la pena y, en su caso, suspenderá la ejecución imponiendo las medidas de seguridad que estime necesarias."

El art. 60 CP establece como presupuesto para acordar la suspensión de la ejecución la apreciación en el penado después de la sentencia de "una situación duradera de trastorno mental grave que le impida conocer el sentido de la pena". En cuanto a las categorías que pueden incluirse en el trastorno mental, se ha señalado que el carácter duradero lo aleja del trastorno transitorio. Para algunos autores tendrían cabida todas las enfermedades mentales o psicosis propiamente dichas, y difícil encaje las psicopatías y oligofrenias[43], en cuanto se compaginan mal con una aparición tardía, posterior al enjuiciamiento. En otro trabajo planteé[44] la posibilidad de incluir en el art. 60 CP los supuestos, frecuentes, en los que la enajenación no es "sobrevenida" a la sentencia, sino "inadvertida" en el procedimiento.Se trata de anomalías que pasan desapercibidas durante la tramitación de la causa hasta sentencia, y que se constatan en la ejecución de las penas impuestas. Son varios los estudios realizados sobre su prevalencia en el medio penitenciario, sobre todo en relación con minusvalías psíquicas[45].En estos supuestos, no debe haber problema para aplicar el art. 60 CP, pues aunque siempre se ha

[43] Así, MANZANARES SAMANIEGO, JL. *"Código Penal. Doctrina y Jurisprudencia*", dir. Conde Pumpido-Ferreiro, Trivium, pag. 1087

[44] GOMEZ-ESCOLAR MAZUELA, P. *"El deficiente y el enfermo mental que han delinquido: alternativas a la prisión y al hospital psiquiátrico"*, en Estudios Jurídicos, Ministerio Fiscal ,V-2002, pag. 897 y ss

[45] Así, en 1994, el Instituto de Reinserción Social (IRES) detectó 419 casos de personas con deficiencia mental internados en 48 establecimientos, sobre un total de 85 encuestados. Además, una gran parte de los casos investigados no estaban diagnosticados ni eran objeto del trato que resulta deseable desde el punto de vista rehabilitador. En Andalucía, en 1999 la Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz realizó un estudio sobre todos los centros penitenciarios de la Comunidad Autónoma, salvo el de Puerto II, que fue objeto de observación aparte. Se constató que un 0,79 % de los internos presentaba deficiencia mental, estando el 79% sin diagnosticar. En cuanto a su situación procesal, el 80,49 % de los internos se encontraban cumpliendo pena de prisión. Según manifestaciones de la Directora General de Instituciones Penitenciarias unos 700 internos de las prisiones españolas son discapacitados psíquicos.

dicho que tal precepto regula la "enajenación sobrevenida", lo cierto es que en ningún momento se dice que la enajenación haya aparecido en un momento posterior, sino que haya sido "apreciada" después de pronunciada la sentencia firme.

El requisito de "impedir conocer el sentido de la pena" que establece el art. 60 CP no es más que un criterio legal para valorar la gravedad del trastorno. Para SANCHEZ YLLERA ha de tratarse de una enfermedad mental, persistente, duradera y grave que impida conocer el sentido de la pena, es decir, su contenido y finalidad[46]. En cuanto a la intensidad, los iniciales proyectos de CP (de 1980, art. 71, de 1992, art. 56.3) regulaban el supuesto de enajenación sobrevenida incompleta. Sobre su inclusión en el ámbito del actual art. 60 CP no hay una posición unánime. Para un sector doctrinal el nuevo CP, siguiendo al proyecto del 94 margina esa posibilidad, acertadamente en su opinión, porque su mantenimiento habría aumentado aun más la excesiva discrecionalidad judicial de la regulación. Para otros autores, mientras los textos prelegislativos precedentes diferenciaban entre enajenación completa e incompleta, en el CP ha prosperado la solución definitiva unitaria frente a todos los condenados a penas privativas de libertad[47].

En la provincia de Alicante, nos hemos inclinado por una interpretación amplia del supuesto de hecho, orientada a las consecuencias. En varios casos, reconociendo el equipo multidisciplinar y el médico forense que el sujeto tenía conservada la capacidad de comprender el sentido de la pena, se indicaba que la ejecución de ésta supondría con toda seguridad la descompensación del paciente, respecto del que se había conseguido un frágil equilibrio. En estos supuestos, hemos entendido que procedía la suspensión, para continuar el tratamiento en el hospital Psiquiátrico penitenciario. Con ello, se permite superar uno de los mayores problemas que plantea la falta de regulación procesal y sustantiva de la concurrencia en la ejecución de penas y medidas impuestas en procedimientos distintos, problemas que inciden en el tratamiento médico del interno. Así, VICENS PONS[48] ha señalado que los cambios en los ciclos medida-pena-medida-pena obligan a un mayor compromiso al clínico asistencial para evaluar, en todo momento, la necesidad de tratamiento para que el "diagnóstico penal" no excluya al "diagnóstico clínico". Propugna el autor que el tratamiento, si es preciso, debe de prevalece en todo momento, afirmación que la práctica diaria permite cuestionar[49].

La apreciación del trastorno sobrevenido supone la suspensión de la pena y correlativa imposición, si fuere necesaria para garantizar la asistencia médica precisa, de una medida de seguridad, cuyo régimen de ejecución será el ordinario. No es posible analizar aquí los problemas competenciales y sustantivos (presupuestos para la imposición y alzamiento de la medida, etc) que plantea el régimen del art. 60 CP, por alejarse del objeto de la ponencia.

[46] SANCHEZ YLLERA, en la obra colectiva *Comentarios al CP 1995*, AAVV, coordinada por Vives Antón , Tirant lo Blanch, Valencia, 1996,pag. 361. En igual sentido DE LAMO RUBIO,J. *"El CP y su ejecución",* pag. 77

[47] MAPELLI y TERRADILLOS, op cit.,pag.143..

[48] VICENS PONS, E *"Delito y enfermo mental"*, en La respuesta judicial ante la enfermedad mental, Estudios de Derecho Judicial, 92, CGPJ, Madrid, 2006, pag. 273

[49] No hay regulación procesal y sustantiva sobre órgano judicial competente y prelación de cumplimiento de penas y medidas impuestas en procedimientos distintos, lo que origina serias disfunciones en la práctica, que pueden verse en GOMEZ-ESCOLAR, P, *Propuestas de actuación en la ejecución de las medidas de seguridad,* CEJ, Sevilla, 2007

Psiquiatría forense

(power point)



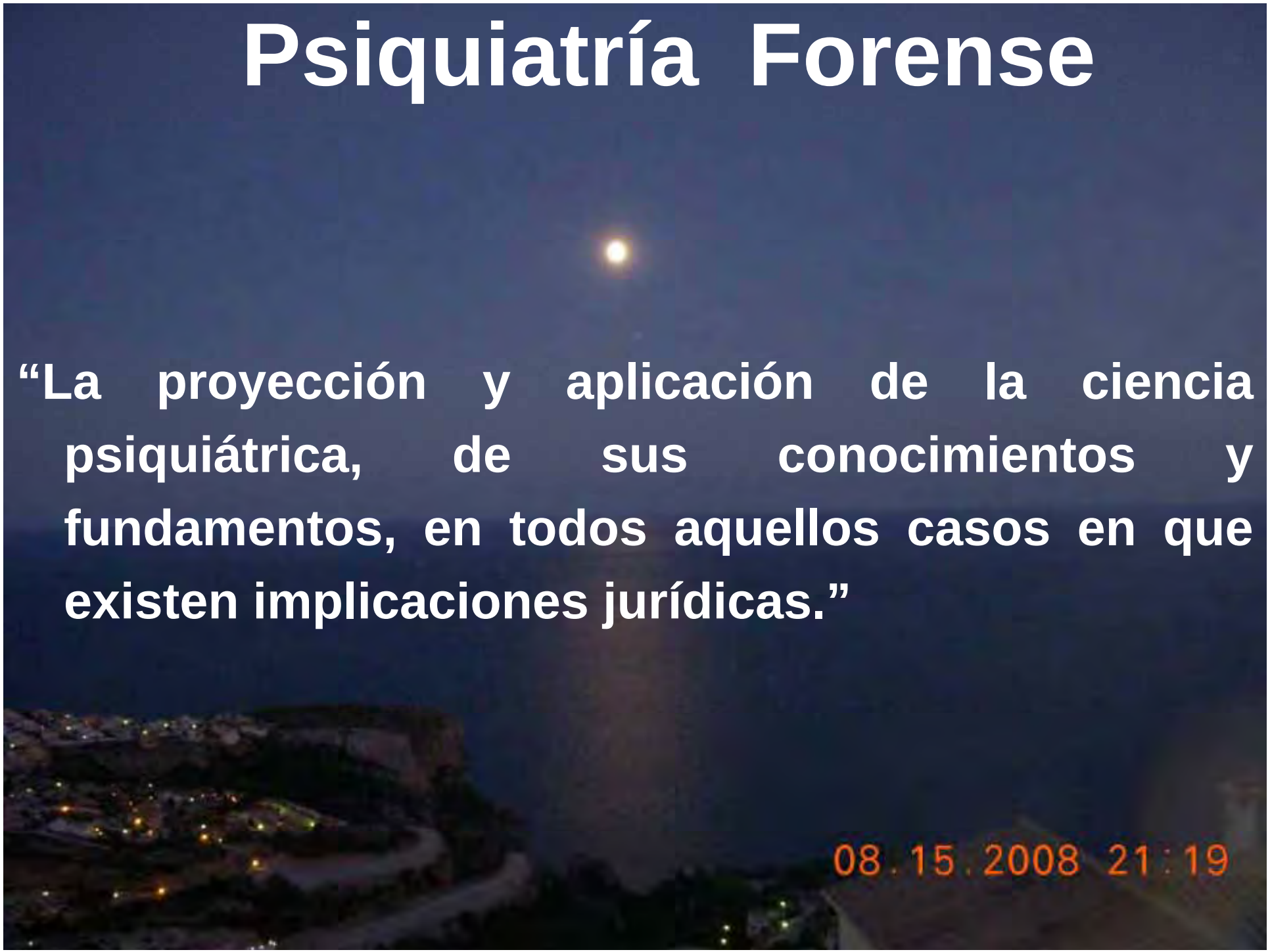
VII ENCUENTRO NACIONAL SOBRE ENFERMOS MENTALES Y PRISION



santiago.rincon@uv.es

Psiquiatría Forense

“La proyección y aplicación de la ciencia psiquiátrica, de sus conocimientos y fundamentos, en todos aquellos casos en que existen implicaciones jurídicas.”



P. Forense Derecho Penal

- **IMPUTABILIDAD:**

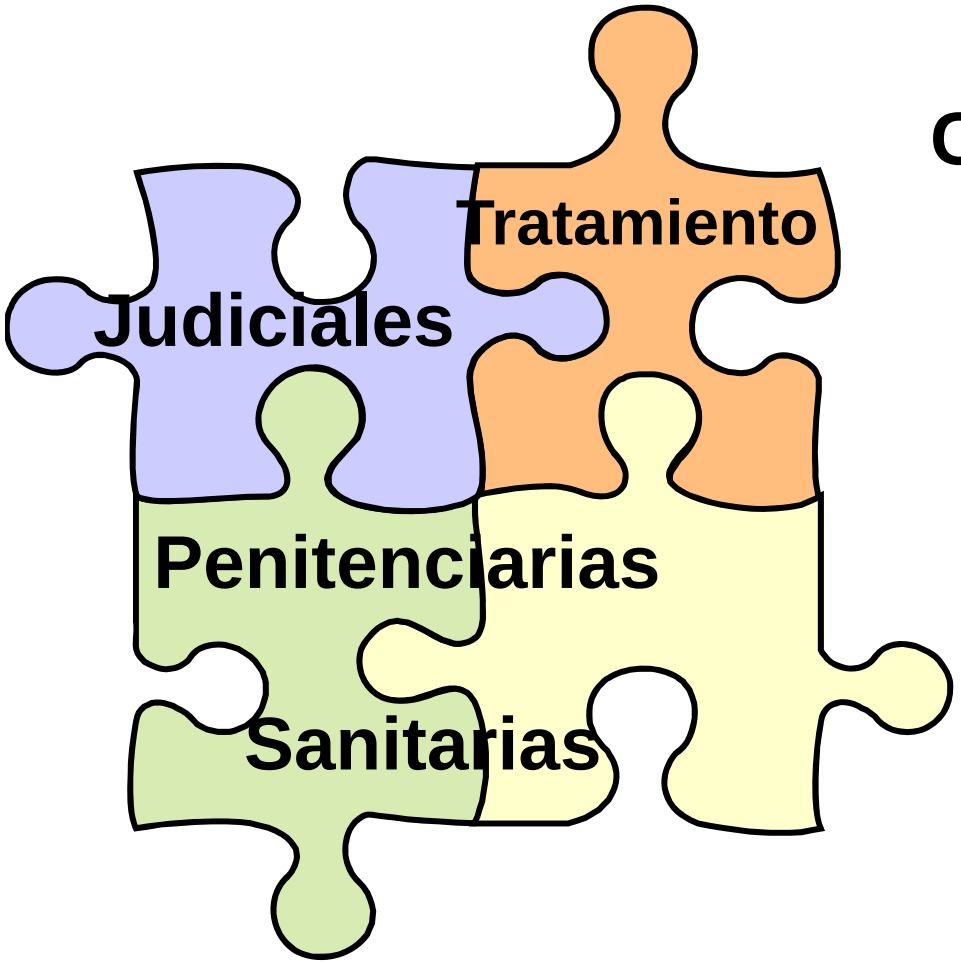
“Grado de Normalidad”

- **¿ Individuo Normal ?**
- **Enfermo Mental**



santiago.rincon@uv.es

Consecuencias del diagnóstico de Enfermedad Mental



Cumplimiento:

- **Centro Psiquiátrico penitenciario**
- **Otros C. Psiquiátricos.**
- **Otros sistemas extrapenitenciarios:**
  - **Tratamiento Ambulatorio**
  - **Centros especiales**

santiago.rincon@uv.es

Valoración Psiquiátrico Forense

De los Enfermos Mentales dependerá:

- Necesidad de tratamiento
- ¿Medidas de Seguridad?





Evaluación Riesgo de Violencia (Peligrosidad)



1. Transt . tipo psicótico con contenido paranoide.
2. Crisis o brote psicótico agudo con contenido paranoide y/o sintomatología alucinatoria.
3. Pensamiento de delirios celotípicos (celotipia)
4. Comorbilidad de T. Personalidad: paranoide, y/o histrionico, antisocial y límite.
5. T. Personalidad y/o consumo de drogas con T. de Control de los Impulsos.

santiago.rincon@uv.es

Juan Gilaberto Jofré **(1350-1417)**



Historia (1)





24 de febrero de 1409

14 de julio de 1789

santiago.rincon@uv.es

Historia (2)



santiago.rincon@uv.es

Futuro Psiquiatría Forense



DSM V, (2012) 2 cuestiones importantes:

1. Inclusión de los T. de la Personalidad en el Eje I
2. Un cambio en el diagnóstico de los T. de la Personalidad.
3. Clasificación diferente de los T. de la Personalidad.

santiago.rincon@uv.es


Muchas Gracias

Mesa Segunda: Tras las huellas del P. Juan Gilabert Jofré

Rasgos biográficos del P. Jofré
P. Juan Devesa Blanco, mercedario

Aportaciones sociales del P. Jofré
P. Manuel Anglés Herrero, mercedario

Devoción a la Virgen de los Desamparados
D. Juan Bautista Antón Alonso, Rector de la Basílica de la Virgen de los Desamparados y Prior de la Archicofradía de Ntra. Sra. de los Desamparados

Rasgos biográficos del Padre Jofré

P. Juan Devesa Blanco,
Mercedario



Saludo al Señor Presidente de la Mesa y Moderador de las intervenciones que tendrán lugar en este atardecer del primer día del Encuentro,

Saludo a quienes acompañan al Señor Presidente y Moderador, en la Mesa,

y saludo a las Damas y Caballeros que han acudido al Encuentro y están pacientemente dispuestos las intervenciones de los Ponentes.

En el VII **Encuentro Nacional sobre Enfermos Mentales - Prisión** organizado aquí, en Valencia, por el Departamento de Pastoral Penitenciaria de la Conferencia Episcopal Española, no podía faltar un Recuerdo Agradecido al Fraile Mercedario Fray JUAN GILABERT JOFRÉ que, como *«tuvo siempre a Dios ante los ojos de su conciencia»* (frase de su famoso Sermón), reconoció en los *"pobres innocents e Furiosos",* maltratados por las calles de la Ciudad de Valencia, no a endemoniados y posesos, sino a hijos de Dios que padecían enfermedades mentales de distinta intensidad y gravedad y a los que sus hermanos (¡los otros hijos de Dios que nos consideran sanos!) deberían *acoger* y *cuidar* en Casas u Hospitales equipados adecuadamente.

Como el tema que me ha señalado se titula **Rasgos biográficos del P. Jofré,** comienzo sin más mi tarea de biógrafo.

Rasgo 1º. Valenciano de nacimiento

350. Junio, 24?. Nace Juan Gilabert en la Calle *dels Chofrens* de Valencia; fue hijo de Francisco Gilabert, abogado, y Violante; y tuvo tres hermanos: Jaime, Jofré e Isabel.

Rasgo 2º. No se llamó JOFRÉ, sino JUAN

Toda la documentación auténtica de los siglos XIV, XV y XVI dan al religioso mercedario que predicó el célebre Sermón del 24 de Febrero de 1409, origen del primer Hospital Psiquiátrico del mundo, el nombre de **JUAN**, que, a la sazón era Comendador o ministro del Convento de la Merced de Valencia. Sólo hay una excepción, y es la del *Llibre del Spital dels Innocents de la ciutat de Valencia,* cuyo amanuense, al dar noticia del sermón escribió, por error, que había predicado *el frare **Jofré** Gilabert, Ministre del Monestir de Sancta María de la merce de la dita ciutat.* Ese nombre era el de un hermano del P. Juan, también Licenciado en Leyes, como el mercedario, que hizo de testigo cuando el P. Juan Gilabert tomó posesión de la Vicaría de El Puig de Santa María, el 29 de abril de 1402. Dicho Jofré no fue religioso mercedario, y, por tanto, no podía ser *ministre del monestir de Sancta María de la merce.*

Rasgo 3º. La Familia Gilabert, amiga de los mercedarios

1363B1365. La familia Gilabert tenía frecuente trato con la comunidad de los frailes mercedarios del convento de Valencia, situado en lo que hoy es Plaza de la Merced, en el que desempeñaba el cargo de Comendador el P. Jaime de San Martín, que orientó el espíritu del adolescente Juan Gilabert hacia la vida religiosa mercedaria.

Rasgo 4º: Estudiante de Derecho, ingreso en la Orden de la Merced en el Real Monasterio de El Puig.

1370. Trasladado el P. Jaime de San Martín al Monasterio de El Puig, para desempeñar el ministerio de Vicario o párroco, el joven Juan Gilabert pidió el hábito de la Orden de la Merced, que recibió en dicho Monasterio de manos de su Comendador, el P. Jaime de Tahust.

1374. Fray Juan Gilabert, fue ordenado de presbítero y destacó muy pronto por sus dotes de orador sagrado, mientras proseguía sus **estudios de Derecho, que inició en Valencia y luego continuó en Lérida.**

Rasgo 5º. Predicador apostólico por tierras de Valencia.

1375-1391. Hizo de predicador apostólico por tierras de Valencia y regiones limítrofes, atribuyéndosele la fundación del convento de la Merced de Logroño, al tiempo que perfeccionaba sus estudios de Derecho.

Rasgo 6º. Vicario del Convento de Lérida y Redentor de cautivos en Argel y en Granada .

1391, mayo, 3 B 1397. Fue Vicario del convento de la Merced de Lérida. Y, en este período se le atribuyen tres Redenciones de Cautivos: dos en Bugía (Argel), entre 1391-1393 y otra en Granada, en 1397.

Juan Gilabert, de mente despierta y de corazón valiente vio plasmada la faceta **redentora** de Cristo, Maestro y Modelo de todo mercedario, en la actividad carismática de la redención de cautivos de sus conocidos y amigos los frailes de la Orden de la Merced de la misma ciudad de Valencia que *como hijos de verdadera obediencia, estaban siempre dispuestos, a dar sus vidas, como Jesucristo a dio por nosotros, para visitar y redimir cristianos cautivos del poder de los sarracenos y de otros que son contra nuestra Ley* (Constituciones de 1272).

El mayor timbre de gloria para un fraile mercedario era ser nombrado redentor por el Maestro General de la Orden o por el Capitulo General. Lo cual suponía interesarse directamente por las Colectas de Limosna para la redención y e viaje Redentor a tierras de los enemigos de la Ley de Cristo, en el sur de España y del norte de África. En cumplimiento de su oficio de Redentor de cautivos, Fr. Juan Gilabert suplicó a los Reyes de Aragón, don Juan I y don Martín I, que amparasen la **exclusiva** de que gozaban los mercedarios para pedir limosnas con destino a la redención de cautivos en todos los Reinos de la Corona de Aragón: el rey D. Juan escribió desde Aytona, el 3 de mayo de 1391, a las autoridades eclesiásticas y civiles ordenándoles que permitieran *"pedir limosnas y recibir legados solamente al dicho Fray Juan Gilabert o a los frailes de su Orden o a quien o quienes las pidan en su nombre y en lugar de dichos frailes*. Por su parte, el rey D. Martín ratificó en Valencia, el 21 de junio de 1204 *"todas y cada una de las cosas que se contenían en la carta de nuestro hermano, el rey don Juan"*.

Fray Juan Gilabert vio también cumplido su deseo de pasar a las mazmorras sarracenas para reescatar cristianos cautivos. Pues, según cierto "*Catálogo muy antiguo en que se contienen las vidas de los ocho primeros Comendadores de Perpiñán"*, citado por Fray Pedro de San Cecilio en sus

«*Anales del Orden de descalzos de Nuestra Señora de la Merced*» del año 1669, Fray Juan realizó dos Redenciones en Bugía (Argel) y otra en Granada, entre los años 1391 y 1397.

Rasgo 7º. Cargos de Gobierno y Títulos Académicos

1402, junio, 21. Este día tomó posesión de la Vicaría o parroquia de la villa de El Puig de Santa María, acto en el que hizo de testigo su hermano Jofré. Y ya era ***Bachiller en Decretos***.

1402, diciembre, 27. Fue designado Procurador de la Orden de la Merced ante la Corte Pontificia de Aviñón, para gestionar varios asuntos concernientes a la utilidad de su Orden.

1403-1405. Fue Comendador del Convento de la Merced de Perpiñán.

1405, diciembre, 11. Era comendador del Monasterio de Santa María de El Puig y ***Licenciado*** *en Decretos.*

1406, enero, 18 - 1407 Continúa de Comendador del Monasterio de el Puig y se le da el título académico de ***Doctor en Derecho***.

1407, mayo, 5. Participa en el Capítulo General de Valladolid, ***como Prior de Barcelona,*** el cargo más importante de la Orden después del de Maestro General.

1408-1410. Desempeña el cargo de **Comendador del Convento de la Merced de Valencia.**

Rasgo 8º. El famoso Sermón en la Catedral de Valencia

1409, febrero, 24. Día en que Fray Juan Gilabert, conmovido ante la escena del maltrato de un pobre demente apedreado cuando se dirigía a la Catedral para predicar el Sermón del Primer Domingo de Cuaresma, pronunció, en su lengua materna, las palabras que dieron origen al primer Hospital Psiquiátrico del mundo. Pero no se contentó Fray Juan Gilabert con lanzar, desde el púlpito catedralicio, la idea de la necesidad de un Hospital para los inocentes y furiosos, sino que, según el mencionado *Llibre del Spital dels Innocents...,* diez Hombres Honrados de Valencia, mercaderes, entusiasmados con le idea, fueron al encuentro de Fray Juan Gilabert y **** dijeron al dicho fray Gilabert que todos ellos estaban prestos a trabajar en la fundación*** *de la Casa u Hospital para los dichos* ***innocents e furiosos*** *hasta concluirla. Y* ***el dicho Fray Gilabert se ofreció a trabajar en ello con los dichos Hombres Honrados*** *y,* ***juntamente con ellos, trabajó*** *en disponer muchas cosas necesarias al dicho Hospital,* el primero del mundo, para la acogida y tratamiento de los deficientes mentales, en cuya iglesia se veneraba una imagen de la Virgen María con el título de *Sancta María dels Innocents*+, antes de la creación de la Real Cofradía y antes de la Imagen de Santa María que la Cofradía mandó hacer para llevarla sobre el ataúd, en los entierros de los Cofrades.

He aquí las palabras que Fray Juan Gilabert pronunció al final de su Sermón en la Catedral de Valencia, aquel 24 de febrero de 1409: *En la present ciutat a molta bona obra pia, e de gran Caritat e sustentació. Empero una ni manca que es de gran necessitat, ço es vn spital o casa, hon los pobres Innocents e Furiosos* ***fosen acollits****. Car moltes pobres*

*Innocents e Furiosos van per aquesta ciutat, los quals passen grans desayres de fam, fret e injuries: per tal, com per sa innocencia i furor no saben guanyar ni demananr ço que han mester per sustentacio de llur vida; e per ço dormen per les carrers e perexen de fam e de fret; e moltes malvades persones, **no auents Deu davant los ulls de sa consciencia** los fan moltes injuries e enugs; e senyaladament lla on los troben adormits los nafran e matan alguns, e a algunes fembres innocents aonten. E aximateix los pobres furiosos fan dan a moltes persones anant per la ciutat. E aquestes coses son motories a tota la ciutat. Per que **sería santa cosa e obra molt santa** que en la ciutat de Valencia fos feta u**na habitació o spita**l, en que semblants folls e Innocents esitguessen de tal manera, que no anassent per la ciutat, ni poguessen fer dan nils ne fos fet* (Archivo de la Diputación de Valencia. Sig.0/1.f. 14).

Y el Siervo de Dios, Fr. Juan Gilbert, dejó a sus "innocents e furiosos" el consuelo de la Santa Madre Dios, en la imagen de Santa María que colocó en la capilla del Hospital titulada "Capella de Santa María dels Innocents".

Rasgo 9º. Misiones apostólicas con San Vicente Ferrer

1410, junio, 23. Se produce el encuentro festivo de los fervorosos predicadores apostólicos y grandes amigos, Fray Vicente Ferrer y Fray Juan Gilabert, que recorrieron juntos poblaciones del Reino de Valencia y de Italia (campaña de 1410-1411) y los Reinos de Murcia y de Castilla, con especial incidencia en Toledo y Salamanca (campaña de 1412-1413).

Rasgo: 10º Fray Juan Gilabert, grato a la comunidad judía, catequista de dos judíos valencianos y de sus familias y de judíos salmantinos.

1410, junio, 24. Con la llegada de Fray Vicente Ferrer a Valencia, después de haber predicado en El Puig de Santa María, se produjo, en la Capital del Reino, un acontecimiento que puso de manifiesto el alto concepto que las autoridades de Valencia («Els Jurats») tenían de la virtud y formación teológico-bíblica del P. Juan Gilabert y de la simpatía y confianza que generaba en la colonia judía el proceder bondadoso y ecuánime del fraile mercedario que había propiciado un año antes la fundación de la Casa u Hospital para los *Innocents e Furiosos*, maltratados por las calles de la ciudad.

El notable *acontecimiento* al que me refiero lo recuerda el historiador dominico Fr. Francisco Diago, en su *Historia de la vida, milagros, muerte y discípulos de San Vicente Ferrer,* y fue un famoso Sermón que predicó Fray Vicente Ferrer el 24 de Junio 1410, en la Plaza del Mercado, delante de la Iglesia de los Santos Juanes. Pues bien, por la predicación del gran apóstol valenciano, Dios iluminó las mentes y tocó los corazones de dos judíos, condenados a muerte, llamados **Isaac Conte** e **Ismael Brunet**, de tal manera que pidieron el Bautismo para ellos y para los miembros de sus familias. Y precisa Fr. Francisco Diago: *Señaloles la Ciudad por Maestro, para la instrucción en las cosas de la Fe al Bendito Fr. Gilaberto, varón señalado en Santidad y Letras y comendador del Monasterio de Nuestra Señora de la Merced de aquella misma ciudad, que había predicado la Cuaresma del año pasado en la Iglesia Mayor* (**DIAGO, Fr.** Francisco, *Historia de la Vida, milagros...* Barcelona, 1600, l. II, c.18, fol. 225).

Los Jurados de la Ciudad conocían muy bien a Fray Juan Gilabert, su convecino, al que habían recomendado al Papa Benedicto XIII, el año 1402, *"por estar dotado de virtud y adornado de buenas costumbres y de no poca ciencia, es muy grato a los ojos de todos... por su humildad y muy conocido en toda la ciudad";* y sabían muy bien que para la misión de catequizar judíos, se requería en el catequista, que, además de virtud y ciencia, fuera notoriamente **grato** a la comunidad judía de Valencia. Los prudentes Jurados de Valencia sabían que todos los requisitos requeridos coincidían en la persona de Fray Juan Gilabert, y lo **"señalaron por Maestro"** de la Doctrina Cristiana a los judíos Isaac e Ismael.

Que fray Juan Gilabert fuera conocido como persona *grata* a la comunidad judía de Valencia, fue (para mí) un gran tanto a su favor, para que, al año siguiente (1411), los judíos de Salamanca lo admitieran en su sinagoga sin repugnancia. Y no es creíble, por otra pare, que Fray Vicente Ferrer se metiera en una sinagoga judía a predicar. Por cuanto, había llegado a las comunidades judías la noticia de que dicho Maestro Fr. Vicente Ferrer, había aconsejado al rey D. Juan II de Castilla, que por ser peligroso para los cristianos, recién convertidos a la fe, el trato con los judíos y los moros, ordenase la conveniente y necesaria separación para evitar el peligro: *e así se ordenó e se mandó e se puso en obra en las mas cibdades e villas destos reynos. Y entonces se ordenó que los Judíos traxesen tabardos con una señal bermeja e los Moros capuces verdes con una luna clara.*[1]

Lo único lógicamente razonable, en este asunto salmantino, es que fuera Fray Juan Gilabert el predicador en la Sinagoga de Salamanca, cuando el prodigio de las cruces blancas. Por otra parte, el lugar de la Sinagoga de Salamanca los mismos judíos se lo cedieron a los frailes mercedarios o los frailes mercedarios lo compraron a los judíos, para construir el Convento de la Merced de la ciudad de Salamanca, que, desde entonces hasta hoy, siguió y sigue titulándose "*Convento de la* ***Vera Cruz***"

1414, mayo, 26. Fray Juan Gilabert participó en el Capítulo General de Estella (Navarra), como Definidor por Cataluña.

Rasgo 11º Fue al encuentro con S. Vicente Ferrer por la unidad de La Iglesia.

1416. Con toda probabilidad, este año Fray Juan Gilabert se dirigió al encuentro de Fr. Vicente Ferrer en la Borgoña, para convencerle, como amigo, que acudiera al Concilio de Constanza, en el que se trataba de poner fin al Cisma de Occidente, consiguiendo que Benedicto XIII (Pedro de Luna), el Papa de Roma, Juan XXIII, y cualquier otro abdicaran de sus papados o fueran destituidos por el Concilio. Lo cierto fue que, el rey D. Fernando de Antequera, escribió una carta, datada en Perpiñán el 31 de enero de 1416, a su embajador en Costanza, el Maestro General de la Orden de la Merced, P. Antonio Caxal, diciéndole *que sería muy fructífero que el Maestro Vicente fuera a dicha Congregación y Concilio.* El Maestro General Antonio Caxal, sabiendo lo mucho que el Maestro Fr. Vicente Ferrer apreciaba a Fray Juan Gilabert, es lógico suponer que pidiera a Fray Juan que, por la unidad de la Iglesia, fuera a entrevistarse con el Maestro Vicente, para convencerle que asistiera a dicho Concilio. No se convenció el Maestro Vicente Ferrer; y el bueno de Fray Juan Gilabert regresó a su monasterio, *pues*

[1] **PEREZ DE GUZMÁN, Fernán**: *Crónica de don Juan II, rey de Castilla.* En CRÓNICAS DE LOS REYES DE CASTILLA. Colección ordenada por D. Cayetano Rosell. Too II, Madrid, 1877, año 1411. c. XXII *"De cómo Fray Vicente vino a Castilla".*

allí, según le anunció el Maestro Vicente*, te está esperando el lugar de tu descanso*.

Más de alguno se habrá preguntado ¿Por qué no fue el Maestro Fray Vicente Ferrer al Concilio de Constanza, en el que se requería su presencia y se pretendía poner fin al doloroso y prolongado cisma que tenía dividida la Iglesia de Cristo, desde el año 1378, con un Papa en Roma, otro en Aviñón y otro de relleno en Bolonia que se hacía llamar Alejandro V?. La respuesta a esa pregunta es muy sencilla. Los reinos de Aragón y de Castilla consideraban y obedecían a Benedicto XIII (D. Pedro de Luna) como a legítimo Sucesor de Pedro. Y el Maestro Fray Vicente Ferrer, que tenía buenas relaciones de amistad con Benedicto XIII, había defendido de palabra y por escrito la legitimidad del pontífice aragonés. En consecuencia, cuando se le presentó en la Borgoña su amigo y compañero de misiones apostólicas, Fray Juan Gilabert, con la misión de *que sería muy fructífero que fuera a la Congregación y Concilio de Costanza,* el Maestro Fray Vicente Ferrer despidió a Fray Juan Gilabert, enviándolo a *descansar*, de la caminata a la Borgoña y del peregrinaje terreno, al famoso Monasterio mercedario de El Puig de Santa María.

Rasgo 12º. Su tránsito a la Gloria celeste en El Puig de Santa María

1417, mayo, 18. Al llegar a su monasterio del viaje realizado en servicio de la unidad de la Iglesia Católica, Fray Juan Gilabert se dirigió, acompañado por los religiosos de la comunidad, a rendir pleitesía a su Reina y Señora, ante la imagen de Santa María de los Ángeles de El Puig. Y, postrado de hinojos ante la bella imagen de la Madre de su Dios y Señor, cuentan las crónicas, que los ángeles, a una señal de la Emperatriz de la Gloria, se llevaron el alma inocente y santa de Fray Juan Gilabert a las moradas eternas, quedando el cuerpo de Fray Juan, como insigne reliquia, en el histórico monasterio de El Puig de Santa Maria.

La insigne reliquia del cuerpo incorrupto del Siervo de Dios, Fray Juan Gilabert, yace honoríficamente colocada en magnífico sepulcro, situado en la primera capilla (a partir del presbiterio) del lado del evangelio de la iglesia del Monasterio de El Puig. Delante del sepulcro del Beato Fray Juan Gilabert nunca faltan las visitas de los devotos ni las flores ni las velitas de la gratitud.

Aportaciones sociales del P. Juan Gilabert Jofré

P. Manuel Anglés Herrero,
Mercedario



A. Asunto

Si la memoria de fray Juan Gilabert Jofré no se perdió fue justamente por la obra que inició, y que supuso en los inicios del siglo XV un cambio en la percepción social y religiosa de los enfermos mentales, Un giro de 180º en la forma de entender y tratar a todos aquellos que aquejados de males de la mente, resultaban en el cuerpo social seres extraños y por ello mismo marginados, colocados al margen de todo lo que significaba no sólo la participación en los ámbitos de la sociedad y de la Iglesia, e incluso se veían desprovistos de cualquier tipo de asistencia organizada, dependiendo exclusivamente de la caridad privada. Esta situación de desamparo y marginación producía una deriva de violencia social dirigida contra ellos, y que afectaba de una forma especial a las mujeres y a los menores.

La actuación positiva del P. Juan Gilabert hizo que la sociedad que hasta ese momento rechazaba y expulsaba violentamente a los enfermos mentales, tanto fueran agresivos como tuvieran comportamiento pacífico, se replantease su actitud ante aquellos marginados sociales; y que al igual que los leprosos, y otros enfermos se lograse un hospital o casa de acogida y de tratamiento, específica para ellos. Porque el legado del padre Juan Gilabert consistió ciertamente en eso: acoger y tratar a los enfermos mentales, con terapias ocupaciones y farmacológicas; y no una mera reclusión para evitar daños.

B. El personaje

Juan Gilabert era mercedario. La Orden de la Merced había sido fundada en 1218 para redimir cautivos cristianos de poder de musulmanes y de otros enemigos de la ley de Cristo[2]. El fundador

[2] Cfr. *Constitucions dels Pares Antichs de la Mercé* (1272); Proemio

Pedro Nolasco, mercader de Barcelona, había descubierto en sus viajes y en su actividad en el puerto de Barcelona el drama del cautiverio. Una actividad muy lucrativa el apropiarse de seres humanos y de comerciar con ellos para sacar el máximo provecho y la mayor ganancia. Para defender su fe, para salvar su vida, a imitación del Redentor, gastó toda su vida, toda su fortuna y toda su persona en visitar y librar a cautivos en tierras musulmanas; y embarcó en esta obra de misericordia a sus amigos y a otros muchos que se le fueron uniendo. En esta labor ocupaban sus bienes y sus personas, ya que emitían un cuarto voto, por el que se quedaban como rehenes para liberar a los cautivos, si era necesario. Esta actividad redentora iba unida a la atención a los cautivos redimidos que volvían al seno de la Cristiandad, y que antes de enviarlos a sus lugares de origen, eran atendidos en las casas de merced, a imitación del hospital de Santa Eulalia en Barcelona, lugar de fundación de la Orden de la Merced. De esta manera, muchos conventos mercedarios tenían nombre de "Hospital", *hospitium*: lugar de acogida.

Desde 1218, fecha de la fundación de la Merced, se intentaba cada año organizar una expedición redentora, para la cual era necesario pedir limosnas en las iglesias, en los pueblos, y en lugares estratégicos, como molinos, puentes, hornos… para que pudieran ser depositadas las ofrendas de los fieles que se destinaban a la redención.

Fray Juan Gilabert participó en diversas redenciones en ciudades y territorios de los reinos musulmanes del sur de la Península, como en los del norte de África. Su entrega a favor de los cautivos le hace conocer de cerca la situación de los encarcelados, de los cautivos y de los esclavos, y le abre también a corrientes culturales, a otras maneras de vivir y de plantear temas tan importantes como es la salud y la enfermedad, el tratamiento de los enfermos. El contacto con el mundo musulmán le abre a otras formas de entender y de actuar. Llegó a descubrir cómo la vida en cautiverio y la esclavitud marcaba el cuerpo y la mente de aquellos hombres, mujeres y niños, que en otro tiempo fueron cautivados, y que la experiencia traumática de verse lejos de sus hogares, de sus familias y de su contexto social había abierto el paso a la locura, a la enajenación y a la demencia. Juan Gilabert que era experto en leyes, era consciente que tales personas no podían legalmente ser acusadas de delito alguno. Su trastorno les llevaba a presentarse de nuevo ante la sociedad cristiana de la que habían salido de una forma distinta. En definitiva, no eran los mismos: ¿qué había sucedido?

Este contacto con el mundo musulmán y de los cautivos, en el regreso a sus hogares, maltrechos en su cuerpo y en su mente, hizo que Juan Gilabert tuviera un concepto distinto de sus contemporáneos sobre el fenómeno de las enfermedades mentales.

Ese concepto distinto, esa forma diversa de entender a las personas hizo que fuese capaz en un momento de su vida de pronunciar un sermón en la catedral de Valencia que conmovió, es decir, movió a algunos de los que le escuchaban a secundarle.

Es muy interesante el descubrir la edad que tenía ya nuestro padre Jofré: 59 años. Una edad más que respetable en el siglo XV; y que moriría ocho años después en 1417. Estamos pues, delante no de un joven, ni incluso de una persona en la plenitud de su vida, sino de una persona que entra ya de lleno en su última etapa: una persona mayor. Y es entonces, en esa visión que dan los años, el haber vivido mucho, el haber viajado mucho, cuando en un viaje bien corto, desde su Convento en la Plaza de la Merced, hasta la Seu Valentina, poco más de 500 metros por las callejas medievales, ese viaje será el que transformará a Juan Gilabert y su historia; y por tanto, la memoria que de él hoy conservamos.

C. Contexto social y cultural

Para poder valorar su intervención en la creación del primer hospital psiquiátrico del mundo debemos tener una mirada sobre la realidad social en la que se veían envueltos lo que hoy denominamos enfermos mentales. Una realidad de extrema marginación y marginalidad.

En el mundo antiguo, en la sociedad clásica griega y romana, no había hospitales ni otras instituciones equivalentes; y lo que existía era una especie de clínica privada que tenían los médicos mejor situados, y que se limitaba a una habitación con una cama. Los pacientes eran considerados negativamente como deformes. Y es bien conocido que los recién nacidos deformes eran asesinados en Esparta; cómo también Solón lo recomendó en la ciudad de Atenas y en la Roma imperial los mataban arrojándolos al río Tíber.

La difusión del cristianismo cambió dos elementos fundamentales para la asistencia médica: una consideración distinta a los enfermos y una nueva norma en las relaciones humanas basada en la caridad. Así pues, la sociedad cristiana avanza en el reconocimiento de los enfermos, como personas que debían recibir de modo especial la caridad. Y en las comunidades cristianas primitivas hasta el siglo IV adquirió sentido la asistencia médica desinteresada a todos los enfermos, entre ellos los mentales, incluso con peligro de la propia vida.

La consecuencia principal del cambio de valores por el cristianismo fue la aparición de una asistencia organizada para toda la población que condujo al hospital como institución específica.

Durante la Baja Edad Media, siglos XI al XV los reyes, nobles y dignidades eclesiásticas tenían a su servicio médicos de cámara y en las ciudades fundaron hospitales los monarcas, los nobles, la oligarquía urbana y la Iglesia, manifestando en ellos verdaderos cristianos que basaban en la caridad la asistencia a los enfermos.

D. La legislación

En la Península Ibérica como en otras partes de Europa occidental, los locos se consideraban irresponsables de sus actos, en virtud de varios textos jurídicos procedentes del Derecho Romano. En Valencia, según *Els Furs*, (el ordenamiento jurídico otorgado por el rey Jaime I), se consideraba al loco como irresponsable de sus actos. Por lo tanto, la enajenación mental motivaba la inimputabilidad de la acción. En estos mismos *Furs*, uno de ellos obligaba a los padres de los enfermos mentales considerados furiosos a guardarlos cuidadosamente encerrados para que no hicieran mal a nadie. En Valencia por tanto, considerados como incapaces en lo civil y como irresponsables en lo penal, no se podía castigar legalmente a los locos.

E. Instituciones hospitalarias en Valencia tras la Conquista

Antes de la fundación del *Spital dels Ignocents, Folls e Orats* se habían fundado una series de hospitales bien desde el poder real, eclesiástico, de la ciudad o promovidos por particulares. Así están los de San Vicente y Santa Lucía por el poder Real, de la Orden de san Juan de Jerusalén y de Santa María de Roncesvalles; por aportación particular el de Sant Guillem y el de San Lázaro, dedicado especialmente a los leprosos. Están también los de En Clapers, En Beguins, En Soler, En Conill, En Bou, éste destinado a

pescadores enfermos; y ya en el siglo XV se funda los hospitales En Guiot y En Sorell.

El historiador médico José Rodrigo Pertegás publicó en 1927 basándose en los datos del Archivo del Hospital Provincial demostró que la propia sociedad valenciana daba antes de la fundación del hospital un trato terrorífico a los enfermos mentales que eran objeto de burlas crueles y perseguidos por grandes grupos, al grito de : "al loco, al loco" les lanzaban piedras hasta dejarlos sin sentido. Hasta finales del siglo XVIII, en la mayor parte de Europa se mantuvo para los "locos" la consideración negativa de "pecadores que sufren el castigo que merecen", o de "endemoniados que debían ser azotados". En consecuencia, se les expulsaba de las casas, vivían en establos, calles o bosques, muchas veces amarrados y se llegaba a organizar matanzas. Junto a enfermos deformes algunos eran bufones de las casas reales y de la aristocracia.

Ya Gaspar Escolano en 1610 (doscientos años después del sermón de fray Juan Gilabert y de la construcción del *Spital dels Ignoscents*) en su obra *Décadas de la Historia de Valencia*, presenta al P. Jofré como el primero que luchó para que los locos fueran atendidos como enfermos:

> *«el principio del hospital fue no con otro fin que de recoger los locos que andaban derramados por las calles con el riesgo de dañar a los santos y aumento de su misma locura, pues por no haber quien los recogiese y guardase venían a embravecerse más por las calles y hacerse incurable su enfermedad[3]».*

[3] GASPAR ESCOLANO, *Décadas de la Historia de Valencia,* citado por J. Mª LÓPEZ PIÑERO – R. SORIANO SÁNCHEZ, *VI Centenario de la Fundación del Hospital de Ignoscents, Folls e Orats*; Valencia 2009, 33.

Esta aportación que hace Gaspar Escolano es muy interesante porque habla del acto fundacional del hospital doscientos años después. Su experiencia es la del que sabe que los enfermos mentales tratados en el Hospital tenían tratamiento y cura; mientras que en la situación anterior sin tratamiento se veían abocados a su propia ruina personal.

F. La fundación del Hospital

Juan Gilabert como los demás mercedarios sabían por propia experiencia que la redención no terminaba con arribar a puerto cristiano. Las Constituciones de la Orden marcaban la actividad en tierra cristiana. La tarea con los redimidos, en las casas y hospitales de la Orden a veces era ardua hasta conseguir que los que habían sido liberados de la cautividad pudieran regresar a sus casas recuperados de sus males, de los sufrimientos corporales y traumáticos de lo que había significado su cautiverio, proporcionándoles salvoconductos para que pudieran llegar a sus casas con la mayor seguridad.

También los redimidos eran un elemento fundamental en la propaganda de la obra de la redención al participar en las llamadas Procesiones de Cautivos, por las que los otrora cautivos se reintegraban en la sociedad, se valoraba la obra de la redención y servía para preparar la siguiente redención, dando cuenta cabal de lo invertido en la misma.

Hélène Tropé, en su estudio sobre la locura y la sociedad en la Valencia del siglo XV[4], y siguiendo los pasos del historiador mercedario P. Faustino Gazulla que investigó en el Archivo del Hospital en los años 20 del siglo pasado se pregunta: «¿Por qué

[4] H. TROPÉ; *Locura y sociedad en la Valencia de los siglos XV al XVII. Los locos del Hospital de los Inocentes y del Hospital General*, Valencia 1994, 32.

fue un mercedario el que lanzó esta idea tan novedosa en Europa?». Una pregunta que surge en el ámbito académico y de la investigación histórica, que proporciona un pista muy interesante por la que adentrarse. No es una pregunta que surge del interior de la Merced, para apropiarse de una obra carismática de uno de sus hijos; ni surge de la ciudad de Valencia que reclama la primacía temporal en la creación de los hospitales psiquiátricos; sino que parte de una investigadora francesa, lo que le da a su pregunta una clave interpretativa muy valiosa.

A la autora le interesa más la paternidad de la obra, como obra de la Merced, más que una mera disputa cronológica. Esa paternidad "mercedaria", es la que nos lleva también a nosotros a descubrir la aportación social de Juan Gilabert en la sociedad y la iglesia que le tocó vivir. Al igual que Pedro Nolasco en su actividad mercantil descubrió a los cautivos como destinatarios del amor de Dios que rompe las cadenas y todas las cautividades; de la misma manera Juan Gilabert, descubre en los cautivos enajenados, cautivos de la mente, aquellos a los que dirigir su caridad redentora. Juan Gilabert no es el especialista en medicina, ni tampoco el adelantado de su tiempo en la psiquiatría. No se puede caer en anacronismos estériles y absurdos, de pensar en estas ciencias médicas a comienzos del siglo XV; pero sí que vemos en él al adelantado en la caridad redentora, de acoger, visitar y hospedar a aquellos que errantes por las calles, envueltos en la oscuridad de su marginación son despreciados, humillados, violados en sus derechos de hijos de Dios. La visión cristiana del hombre que tiene Juan Gilabert es la que le lleva a poner en marcha esta obra de asistencia y de misericordia.

H. Tropé comienza a tirar de la idea de la obra de merced, como obra también redentora. Así, esta pregunta conduce a interrogarse sobre los hilos que vinculan los rescates de cristianos cautivos llevados a cabo por la Orden de la Merced de los antiguos territorios de la Corona de Aragón, en el Norte de África, y el papel que tuvo Juan Gilabert Jofré como iniciador de un ciclo de fundaciones destinadas a llevar a cabo la aceptación de los locos dentro de los muros de las ciudades españolas y su asistencia en el marco hospitalario.

Francisco Marco Merenciano[5] presenta la hipótesis de que el P. Juan Gilabert Jofré en sus expediciones al Norte de África, destinada a rescatar cristianos cautivos, pudo tener un conocimiento directo del sufrimiento de ciertos presos cristianos que se habían vuelto locos en los baños y en las cárceles africanas, y que los cautivos a consecuencia de una pésima alimentación, sufrían la pelagra, enfermedad carencial que se acompaña de perturbaciones de origen nervioso y que puede llegar a engendrar comportamientos que los psiquiatras califican de sicóticos.

Se sabe que nuestro fraile mercedario tomó parte en tres redenciones entre los años 1392 y 1400. Por tanto, su conocimiento de la miseria física y moral de los cautivos era profundo, real y directo. Además no es ninguna casualidad si en los dos casos, redención de cautivos y asistencia de locos, se trataba de restituir seres marginados a la comunidad. En el caso de los cautivos cristianos, presos de los musulmanes, se trataba de reintegrarlos en el seno de la comunidad cristiana; en el caso de los locos, se trataba de reintegrarlos dentro del cuerpo social del que habían sido apartados como elementos extraños.

El sermón fundacional tuvo como consecuencia hacerlos aceptar por la sociedad valenciana, al amparo de sus murallas, en un hospital que se integró en el sistema hospitalario existente.

La fundación del Hospital de Inocentes abre un período de integración de los locos en la sociedad valenciana, si bien esta

[5] F. MARCO MERENCIANO, *Vida y obra del Padre Jofré (fundador del primer manicomio del mundo, año 1409)* en *Archivos Iberoamericanos de la medicina* 2 (1950) 316ss.

integración no es total, ya que el Hospital se construye hacia las afueras, e incluso se encierra a los enfermos más furiosos y peligrosos; siendo esto normal, en cuanto los administradores del Hospital tenían que hacer convivir en un mismo espacio a unos individuos afectados por diversas perturbaciones.

A pesar de todo, se ve un trasfondo de obra de Merced, de restituir al cuerpo social a unas personas separadas por su enfermedad, de la misma sociedad.

G. Los mercaderes

Resulta del todo interesante, descubrir que los primeros que tras la escucha del sermón del P. Juan Gilabert en la catedral de Valencia, se ponen a su disposición, sea un grupo de diez mercaderes de Valencia. Es el momento de crecimiento económico y expansión de rutas comerciales, en las que Valencia participa plenamente convirtiéndose en la ciudad peninsular más importante, con la construcción de la lonja de mercaderes que patentiza el poder social y económico de la burguesía. Es en este contexto cuando surge en Valencia el entusiasmo del P. Juan Gilabert y el ofrecimiento entusiasta de los mercaderes.

La Orden de la Merced conocía profundamente el mundo mercantil, envuelta como estaba por razón de las redenciones en contacto con burgueses, comerciantes y mercaderes de las dos riberas del Mediterráneo, sirviéndose de sus embarcaciones para transportar tanto la limosna de la redención, como a los redimidos en su viaje de vuelta. Los mercedarios aprovechaban también los consulados mercantiles para recabar información precisa sobre los cautivos, y los mercedarios actuaban también en su labor religiosa en medio de ellos.

Así que nada tiene que extrañar que aquellos mercaderes valencianos, acostumbrados a tratar con los mercedarios en las redenciones, se pusieran a disposición de la nueva obra redentora dentro de las murallas de la ciudad de Valencia.

Fue esta misma colaboración entre el mercedario Juan Gilabert y los diez mercaderes valencianos la que permitió que se llevara a cabo la fundación del Hospital de Inocentes. Mercaderes burgueses, algunos del pujante gremio de la seda.

No cabe duda que los diez mercaderes, a los que el franciscano Francés de Eiximenis denomina como *«grandes limosneros, padres y hermanos de la cosa pública, sobre todo cuando son buenos hombres y con buena conciencia; porque ellos son los que dan de comer a los pobres»*.

Esta fusión de los ideales de los mercaderes y el espíritu redentor de Juan Gilabert es lo que modificó la visión de los locos en Valencia.

La realización de la idea del mercedario por unos miembros de la burguesía valenciana tuvo como consecuencia la plena redención de los locos, que luego el rey Alfonso V el Magnánimo plasmaría en su Licencia de los acaptes, los locos que salían a pedir limosna.

Los mismos administradores del Hospital se iban a esforzar por poner en escena imágenes muy distintas de los locos. Mandarían a los más pacíficos a buscar limosnas para el Hospital, con la cruz verde que era el símbolo del Hospital. El signo de Cristo los acompañaba en su gira por la ciudad y el burrito que llevaban con ellos, la humilde montura con que Cristo entró en Jerusalén, recordaba que no eran si no representantes del Salvador en la tierra, unos de los más pequeños, de los preferidos del Maestro, tal como se lee en Mateo 25,31-46.

Estos locos que iban por Valencia, no eran ya aquellos atormentados por la muchedumbre, tal como lo viera el P. Juan Gilabert Jofré en aquella mañana del 24 de febrero de 1409. Eran la señal del pacto social de la aceptación de unos locos asistidos por una institución, de unos locos plenamente aceptados y asumidos por la sociedad valenciana.

H. Conclusiones

Podemos hacer nuestras las palabras de H. Tropé, en su obra *Locura y sociedad en la Valencia de los siglos XV al XVII:*

> *«la fundación en Valencia de una institución destinada a ofrecer asistencia hospitalaria exclusivamente a los locos constituyó un acontecimiento de gran trascendencia histórica. La fundación en Valencia de un hospital reservado a los locos inauguró en España y después en Europa y en el Nuevo Mundo, un largo ciclo de fundaciones destinados al cuidado de los locos[6]».*

Al contemplar los antiguos tratamientos reservados a los locos (expulsión por el mar a los peligrosos o molestos y rechazo de asistirlos de forma permanente en los hospitales), se puede apreciar mejor la novedad que constituyó la fundación del un lugar destinado exclusivamente para ellos.

Y es que además la obra iniciada por el p. Juan Gilabert Jofré fue pionera y modelo no sólo por ser de las primeras o la primera, sino sobre todo por los métodos y tratamientos de los enfermos.

[6] H. TROPÉ; *Locura y sociedad en la Valencia de los siglos XV al XVII. Los locos del Hospital de los Inocentes y del Hospital General*, Valencia 1994, 19-20.

La trascendencia histórica de la que nos habla es sobre todo la percepción diversa de los enfermos aquejados por enfermedades mentales que percibe fray Juan Gilabert que es la siguiente y nos la proporciona el sermón que predicó en la catedral valenciana.

Parte de la realidad que ha vivido, la escena que ha contemplado momentos antes de llegar a la Catedral a predicar; y que el pintor Joaquín Sorolla plasmó en un lienzo como pensionado de la Diputación de Valencia en Roma en 1888.

La sociedad valenciana, como la sociedad medieval del momento, considera a los enfermos mentales, (ya que se desconoce la misma enfermedad, y su posible tratamiento), como poseídos por el demonio, que habiéndose introducido en la persona lo desequilibra, y por sus acciones descoordinadas y faltos de razón, causan daño al cuerpo social. Esta sociedad considera justo poderse tomar la justicia por su mano frente al "loco", agrediéndole, separándolo de su propia sociedad. Utilizando el simil médico, expulsando los gérmenes o bacterias que infectan a todo el cuerpo. En el cuadro de Sorolla, *El Padre Jofré defendiendo a un loco*, veríamos que no son sólo los desarrapados los que lanzan las piedras; encontramos mozalbetes de clases altas, que también arrojan sus piedras. Es por tanto, a esa sociedad a la que va dirigido el sermón. Es una sociedad cristiana, en la que tiene sentido tanto el hecho de la marginación por causa de lo que se creía como posesión diabólica; como una sociedad cristiana que va a entender las razones auténticamente cristianas que va a hacer brotar Juan Gilabert.

En segundo lugar, cómo entiende el p. Juan Gilabert a los enfermos. Distingue dos tipos de enfermos: los furiosos y los inocentes; y un grupo de especial atención son las mujeres enajenadas:

- Los furiosos son aquellos que fuera de sí, sin ser conscientes ni culpables por ello, causan daño a sus semejantes. Qué decir cabe, que eran justamente, este tipo de enfermos los que recibían un peor trato por parte de aquellos que se los encontraban errantes por las calles.

- Los inocentes: aquellos que no saben ganarse la vida, y que por su inocencia, sufren el daño de las personas que no tienen conciencia, tal como dice el P. Jofré, son aquellos que no tienen a Dios delante de los ojos de su conciencia.

- Las mujeres: las que más sufren, porque sufren también en su identidad femenina, sufren los abusos sexuales de hombres sin escrúpulos.

Pues a estos tres grandes grupos hemos visto, como responde también de forma individualizada la creación del Hospital de Inocentes.

Y por último, y para ir concluyendo, tres hechos documentados sólidamente desmienten el tópico arbitrario de que el *Spital de Ignocents, Folls e Orats* sólo servía para encarcelar locos.

El primer argumento es que los enfermos sin trastornos peligrosos no estaban en absoluto encarcelados. Además de moverse continuamente por las diversas partes del edificio sobre todo porque la mejor terapia era evitar la ociosidad y poder llevar adelante algún trabajo que redundase en beneficio de todos, también salían a la playa a bañarse en verano, participaban en las fiestas populares de la ciudad, trabajaban en las huertas y talleres, ayudaban en los transportes, y eran también limosneros en las calles, en las parroquias e incluso en los pueblos cercanos.

El segundo argumento es más importante: el *Spital de Ignocents, Folls e Orats* fue una institución de carácter plenamente médico. Dirigido por un Mayordomo, o administrador responsable ante los diez ciudadanos, contaba con un personal asistencial integrado por médicos, cirujanos, enfermeros y un boticario, además de cocineros, encargados de las duchas y baños,[7]…

Y es que junto a los fármacos, fue la laborterapia la principal contribución del Hospital. Para evitar el ocio, tan perjudicial para los enfermos mentales, trabajaban saliendo del edificio en estos menesteres. Las enfermas, sin salir del edificio, se dedicaban a hilar lino y estopa. Y de esto hay documentación desde 1414. Y lo hacían no unas pocas, sino por lo general todas las que podían. Se llegó a tal nivel de trabajo, que incluso llegaron a tejer telas; a participar en la limpieza del edificio. Está documentado esta ocupación, que se convertía en fuente de sanación. Y la observación de los médicos y administradores del Hospital no dejan lugar a la duda. Aquellos que entretenían sus horas en algunos trabajos, se aceleraba su curación y mejora general; mientras que aquellos que no podían o eran incapaces de realizar labores ocupacionales, bien fueran productivas o meramente de servicios colectivos, no lograban mejorar.

Respecto al Hospital de locos de Zaragoza, fundado en 1425, hay una descripción sobre el valor terapéutico del trabajo:

> *«En cuanto al tratamiento… una experiencia constante ha demostrado en este Hospital que el medio más eficaz es la ocupación o un trabajo que ejercite sus miembros. La mayor parte de los locos que se emplean en los talleres u oficios de la casa curan en general. Los empleos que se dan a los locos en este Hospital son los de limpiar la casa a excepción de las salas de los enfermos, de llevar el agua, el carbón. Se les emplea también en la botica y en los trabajos del campo. Se les ocupa en la cosecha, trilla, vendimia, en arrancar las*

[7] J. Mª LÓPEZ PIÑERO – R. SORIANO SÁNCHEZ, *VI Centenario de la Fundación del Hospital de Ignoscents, Folls e Orats*; Valencia 2009, 49.

malas hierbas del campo. Se les encarga de llevar a los enfermos y heridos en las camillas…[8]»

Y en tercer lugar, podemos ver la importancia de la institución de los accaptes. Al igual que la Merced organizaba la procesión de los cautivos con la que se introducía en la ciudad a los cautivos, llegando hasta la catedral del lugar, donde se entonaba el Te Deum, significando el retorno a la cristiandad; esta idea se trasvasará también al *Spital dels Folls*, en la que los *accaptes*, los locos que salían del Hospital a pedir limosnas eran reconocidos como aquellos que estando enfermos, sin embargo, podían desarrollar una cierta actividad; y su presencia en la ciudad de Valencia valía para confirmar la acción asistencial y curativa que desarrollaba el Hospital. De esa manera se conseguían dos objetivos: mostrar a la sociedad valenciana la labor que hacía el Hospital cuidando y curando a los locos, y por otra, la aportación en forma de donativos y limosnas que daban los ciudadanos y el mismo Consell de la Ciudad afirmaba la tarea social que desarrollaba el Hospital. Se da una doble dirección en esta relación, una relación dinámica entre enfermos-hospital y la ciudad.

I. Final

Si el título de esta comunicación en esta mesa redonda, en la se han rastreado las huellas históricas del Padre Juan Gilabert Jofré, quisiéramos ver sus aportaciones a la sociedad; y por aquellas que la sociedad le estará siempre agradecida se podría sintetizar así:

1. La fundación del Hospital *dels Ignoscents* de Valencia logró una integración social de los enfermos mentales, en cuanto que fueron acogidos. La misma ciudad se dotó de los medios de acogida y de tratamiento, superando la visión marginadora que hasta el momento se producía. Por eso, el cambio de mentalidad fue la respuesta social al sermón del p. Juan Gilabert. Cambio de mentalidad e integración social de los locos.

2. Adscripción del Hospital *dels Ignoscents* a la sociedad civil. Ni la Iglesia, ni la nobleza, que ocupaban los estamentos superiores de la sociedad serán los que llevarán a cabo la tarea asistencial del cuidado de los locos. Será la sociedad, la ciudad, con sus magistrados y sus ciudadanos los que serán los responsables de esta institución caritativa y sanitaria.

3. Un aspecto muy importante, es la diferenciación de los enfermos, tal como se ha expuesto anteriormente. Por un lado, los furiosos y por otro los inocentes; y como cuerpo también diferenciado, las mujeres. Cada uno necesitaba un tratamiento tanto asistencial, como ocupacional; y a ellos se dirigieron los trabajos de los administradores del Hospital: lograr la integración de los enfermos que se iban acogiendo para poder recuperarlos para la sociedad.

4. Y por último, la preocupación por la curación. El Hospital no era un lugar para "aparcar trastos inútiles". La gran labor desarrollada por los farmacéuticos, médicos, administradores y trabajadores iba dirigido a la sanación. Y se intentaba por dos medios, como queda dicho más arriba: por medio de la botica, los fármacos, y también por medio del trabajo, como terapia ocupacional.

El padre Juan Gilabert Jofré se ha convertido 600 años después de su famoso sermón en ejemplo de solidaridad en el mundo actual; haciendo resonar en la sociedad y en la Iglesia el clamor por la

[8] J. IBERTI LÓPEZ, *Detalles sobre el Hospital de Zaragoza, en España, destinado especialmente al tratamiento de los locos y maníacos*, publicado en PHILIPPE PINEL, *La Médecine Eclairé par les Sciencies Phisiques*, 1791.

dignidad humana que a veces queda oculta por tantos sufrimientos, cautiverios, enfermedades que ocultan el rostro de Cristo, que sigue vagando por las calles, a veces incomprendido, golpeado, marginado, ocultado, rechazado.

Será misión de los cristianos, hacer resplandecer la dignidad de todos los hombres y mujeres, como hijos de Dios y miembros de la sociedad humana.

La devoción a la Virgen de los Desamparados

D. Juan Bautista Antón Alonso,
Rector de la Basílica de la Virgen de los Desamparados
y Prior de la Archicofradía de Ntra. Sra. de los Desamparados



Nos ocupa, ahora, una breve consideración sobre la devoción a la Santísima Virgen María bajo la advocación de Madre de los Santos inocentes mártires y desamparados.

Con la palabra “devoción” nos referimos a las disposiciones interiores por la oración, pero que abrazan también y muy especialmente, el fervor de la caridad y las expresiones propias, tanto a nivel personal como social, en las que se refleja el modo de ser, el temperamento y la personalidad de un individuo, de una colectividad o un pueblo.

Estas tres características: culto, caridad y manifestaciones personales y colectivas, pueden constatarse perfectamente en la devoción que se profesa a Nuestra Señora de los Desamparados.

Primeramente, se ha de constatar que los valencianos hemos dedicado culto a la Virgen María, bajo esta advocación, desde el año 1409, como expresión del amor hacia Ella, como forma de relación y comunicación con Ella y como fuente de paz y de consuelo interiores.

En segundo lugar, y sin duda la nota más evidente en esta devoción, hace referencia a la caridad.

Es decisivo observar que la devoción por esta advocación de la Virgen María se origina por una obra de caridad hacia un desamparado inocente.

Así pues, el proceso en este caso es original e inverso a otras manifestaciones devocionales. La *Mare de Deu dels Desamparats* es una advocación inventada y necesitada. No pertenece a la larga lista de Vírgenes “aparecidas”, sino que surge de una necesidad social y espiritual.

En efecto:

No es la imagen encontrada o milagrosamente aparecida en un paraje concreto la que provoca el culto, el santuario y las obras asistenciales de caridad, sino que es la necesidad del prójimo la que provoca compasión y compromiso de caridad. Inmediatamente aparece la institución, el grupo de personas que fundan el Hospital y la Cofradía como servicio de voluntariado en el mismo, poniéndose bajo el patrocinio de María que alienta un espíritu y una tarea. Poco más tarde se esculpe la Sagrada Imagen, cuyo icono refleja la finalidad de esta tarea y de este espíritu caritativo: una imagen yacente para ser colocada cobre féretros, en sus manos las azucenas y una cruz de madera. María “siempre virgen” y dolorosa y, junto a ella, y después bajo su manto, los niños inocentes mártires. Y, por último, el Santuario como lugar comunitario de veneración a la Sagrada imagen. El primero en 1480 en la *Obra nova* de la Catedral y en el *Capitulet* y, finalmente, en 1667 la Real Capilla, hoy Basílica.

Este proceso es decisivo para entender la devoción a la Virgen de los Desamparados y poder vivirla mejor.

Puede ocurrir que el bullicio de la fiesta en torno a nuestra Patrona oculte el verdadero corazón y alma de la devoción: su función de amparadora sobre todo en el dolor; así ocurrió en las Bodas de Caná que, siendo momento de fiesta y abundancia, fue también momento de dificultades ocultas y de preocupaciones. “Y la Madre de Jesús que estaba allí” nos dice el Evangelio, fue persona decisiva con su intervención ante su Hijo a favor de todos.

María es abogada de los que sufren. María es Madre de dolores. La misma Iglesia de Valencia cuando presenta los textos litúrgicos de la fiesta del 2º Domingo de Mayo para ser aprobados por parte de la Santa Sede, propone el Evangelio de San Juan 19: María al pie de la Cruz.

María, junto a la Cruz, es madre del mayor desamparado, su Hijo Jesús, y es constituida Madre amparadora de todos los desamparados.

Su dolor da valor a su maternidad, da profundidad a su vida y da cercanía a su presencia.

El sufrimiento de María la acerca a nosotros en los momentos más negros, le da derecho a estar a nuestro lado cuando nos sentimos abandonados de todos y la constituye en nuestro refugio más natural y cercano cuando no vemos la luz, ni alivio, ni solución.

Es la Madre en el momento de compadecerse, que es "siempre" en una madre el momento del sufrimiento de sus hijos, ya no solamente en penas individuales o problemas personales, sino más aún y con más fuerza en injusticias sociales y opresiones establecidas, y María representa en sí misma el sufrimiento de ese dolor, la denuncia de esa injusticia y el camino de la liberación que pasa por Jesús (haced lo que él os diga) por la unión de todos los cristianos conscientes y por los hombres y mujeres de buena voluntad en acción concertada para crear conciencia, despertar responsabilidades, unir esfuerzos y restaurar la justicia y el Amor, y de este modo acortar sufrimientos y enderezar nuestra historia.

Así la verían los primeros cofrades y así fue el inicio de la Cofradía, y su posterior devenir histórico, y naturalmente así debe ser el espíritu y corazón que debe animar la devoción a la *Mare de Deu dels Desamparats*. Una devoción que sintonice al ritmo de la compasión y del amor efectivo al prójimo que sufre. María ha sido modelo, inspiración y Madre para andar este camino.

Las Constituciones del Hospital en 1410 por privilegio del Rey Martín V de Aragón y las de la Cofradía en 1414 por privilegio del Rey Fernando I, comienzan con la invocación de *Nostra Dona Sancta Maria dels Ignosens* a la que invocan como titular y a la que se añadió el título de *Desamparados* en 1493 por concesión del Rey Católico.

De hecho, lo que comenzó siendo una obra asistencial a favor de los dementes, se amplió a la atención a prostitutas (fembres del partit) en 1422, a la sepultura de los naufragos y cadáveres anónimos en 1444, a la atención de los niños abandonados (torno del Hospital e inclusa) en 1512 y a la provisión de dote a las doncellas huérfanas pobres (verges de María) en 1537 por privilegio del Emperador Carlos V.

Permitidme puntualizar una de las obras asistenciales primigenias de la Cofradía, la atención a los Reos condenados a muerte.

Por privilegio real se les atendía desde su ingreso en capilla, cuidando de su alimentación, cama y calor en época de invierno y ayudándoles espiritualmente pro el sacerdote que ostentaba el título de Padre carcelero por otros que acompañaban durante este tiempo al sentenciado, llevando las imágenes de la Virgen y el Crucifijo hasta el lugar de la sentencia y, esta cumplida, se trasladaba el cadáver a la sepultura del cementerio del Carraixet después de celebrar las exequias por su alma en la Capilla adjunta dedicada a la Virgen, lugares que todavía hoy existen y son propiedades de la Cofradía.

En el siglo XIX, en que radicalmente cambiarán las costumbres y las leyes, tuvieron también que modificar las prácticas de la Cofradía, sin alterar en lo más mínimo su espíritu de caridad que informaba las antiguas, y se procedió el 14 de octubre de 1850 a la institución de un cuerpo de 20 cofrades mayores de 30 años, de regular instrucción y reconocido celo y prudencia, que con el nombre de *hermanos consoladores* tuvieron el cargo especial de acompañar al Clavario y consejeros de la Cofradía en la asistencia personal de los reos (Rodrigo Pertegás). De ahí que en la Basílica exista un Altar al Cristo de los ajusticiados.

Es significativo que, construida la Real Capilla en 1667, se decorara su Cúpula en 1703 por el pintor Antonio Palomino, y se expresaran pictóricamente en la base de la gran gloria celestial con la que culmina, la representación d las virtudes a las que los cofrades deben aspirar a imitación de María, protección de los desamparados: la piedad *(pietas)*, que es la caridad sentida con autenticidad y, junto a ella, el procurar la Salud del enfermo *(salus)*, amparar eficazmente al que está en peligro frente a la adversidad *(refugium)*, salir presuroso al encuentro del necesitado *(diligencia),* sacar del mal al que padece cualquier tipo de esclavitud *(auxilium)* y procurar la serena confianza en la vida de los que sufren *(solatium)*.

Todo esto en coherencia con las cuatro invocaciones litúrgicas que se atribuyen por excelencia a la Virgen de los Desamparados: *Salud de los enfermos, Refugio de los pecadores, Consoladora de los afligidos* y *Auxilio de los cristianos*.

Este majestuoso fresco de la Cúpula es el mejor panegírico mudo de las excelencias de la Madre y guía para el comportamiento de sus hijos.

En tercer lugar, junto al culto y la caridad, la devoción a la *Mare de Deu* comporta también uno sentimientos y manifestaciones propias y específicas de nuestro pueblo, enmarcadas en la religiosidad popular.

Es evidente y constatable diariamente cómo esta advocación de la *Mare de Deu dels Desamparats* resume todos los latidos del corazón valenciano, y aunque esta advocación se refería solamente a los enfermos abandonados, ajusticiados y dementes, el pueblo que sentía y aclamaba a la Sma. Virgen con nombre tan dulce, le dio más extensión, aplicándolo a cuantos llevan aquellas cruces corrientes de la contradicción, el olvido, el fracaso, los falsos juicios, la indefensión, los rechazos y desprecios de los otros, la enfermedad y defectos del cuerpo, las tinieblas de la mente y el silencio y aridez del corazón.

Así se comprende que la devoción secular y constante a la Virgen, Mare de Deu, abarcara el alma y vida de todo el pueblo, y que con el nombre de Desamparados cristalizasen todas las súplicas de la humanidad doliente, y que los valencianos creyentes o incrédulos sientan por ella un amor que lo manifiestan con el más acendrado entusiasmo.

Esta advocación la han representado en múltiples y bellísimas formas nuestros pintores y escultores, ha sido cantada por nuestros músicos, poetas y literatos, representando un talismán que ha atraído las voluntades de los gobernantes y del pueblo en momentos históricos difíciles, así como en acontecimientos significativamente festivos. Desde el siglo XV difícilmente se entiende la historia de Valencia sin la presencia de esta devoción a la Mare de Deu. Ahí están la ofrenda de marzo y las fiestas de mayo. La sensibilidad también forma parte de nuestra personalidad. A esta advocación que lleva el valenciano en su corazón, le levanta un altar, aunque sea sencillo, en cualquier parte del mundo en que se encuentre. Una advocación que nació en Valencia es hoy una advocación universal a la Virgen María.

Es verdad que el modo de expresión de esta devoción es en Valencia y en su Comunidad, alegre, solemne y bulliciosa, como una estampa barroca, pero es también verdad, y la historia pasada y actual lo atestigua, que el corazón de esta devoción suscita sentimientos de caridad y compromisos solidarios.

¡Cuántas obras asistenciales y de caridad han nacido bajo la advocación y tutelaje de la Mare de Deu dels Desamparats!

Congregaciones religiosas: formadas por Santa Teresa de Jornet, Santa María Micaela, la Beata Petra de San José. Instituciones

Sociales: La gran Asociación, la Casa de la Caridad, la Obra social femenina… la misma Caja de Ahorros y Monte de Piedad… y muchas iniciativas solidarias particulares y privadas.

Y hoy la Archicofradía ha crecido notablemente, cuando ha asumido, fiel a sus orígenes, proyectos concretos de caridad: casas asistidas para enfermos mentales, ayuda a Villa Teresita, Alimentación a niños PRO-VIDA y ha propiciado la *Fundación Mare de Deu dels ignocents y desamparats*, como marco de proyectos actuales y futuros.

Este espíritu se quiere transmitir a todos los que festejan a la Mare de Deu, para que sea el auténtico corazón de la fiesta, que dé sentido al invocarla como Madre de los Desamparados.

La Basílica, lugar privilegiado de encuentro con nuestra Madre, es testigo de la devoción de un pueblo: “En terres valencianes la fe, pero vos, no mor”.

A ella acude miles de valencianos a participar en la Sagrada Eucaristía (235.000 comuniones), familias a presentar a sus hijos pequeños (1.350), penitentes a reconciliarse con Dios, enfermos y atribulados a cobijarse bajo su manto pidiendo intercesión, que depositan en los buzones al efecto con numerosos escritos llenos de confianza o agradecimiento y tantos otros en número incontable y anónimo solamente a visitarla y rezar a su manera cuando pasan por delante de la casa de la Madre.

Es privilegio nuestro vivir en unos tiempos en que el intercambio y la conciencia social de la humanidad ha despertado, y es alegría y fortaleza especial saber que en esta tarea donde van unidas la caridad cristiana y la solidaridad humana, tenemos a María como modelo, inspiración y Madre de los Desamparados.

Mesa Tercera: Programas de Atención a los enfermos mentales en las prisiones valencianas

Establecimiento Penitenciario Valencia

PAIEM

Programas de Atención a los enfermos mentales en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante

Miguel Martín Casillas, Director Gerente del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante

ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO VALENCIA



ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO VALENCIA

PAIEM

VII ENCUENTRO NACIONAL SOBRE ENFERMOS MENTALES-PRISIÓN

Valencia, 18-19 septiembre 2009

ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO VALENCIA

- **EL 01/06/2002 OM SE CREA EL E.P. VALENCIA: CP VALENCIA-CUMP.; CP VALENCIA-PREV.; CP VALENCIA-HOSPITAL (CIS)**
- **31/08/2009:**
  - **E.P. VALENCIA: 2.300 (2027H/273 M)**
  - **ENFERMERÍA: 151(127H / 24M).**
    - ALA: M 24
    - ALAB1: H 54
    - **ALAB2: H 62**
    - **ALAB3: H 11ORD./AUX.**

ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO VALENCIA

PAIEM

FUNDAMENTOS:

- LA INTERVENCIÓN CON ENFERMOS MENTALES GRAVES O CRÓNICOS EN CENTROS PENIT. SE FUNDAMENTA EN LAS NECESIDADES DETECTADAS EN LA POBLACIÓN PENIT. ACTUAL

- SE HACE NECEARIO REALIZAR UN PROOGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMOS MENTALES EN CP (PAIEM) QUE:
  - DESARROLLE UNOS OBJETIVOS TERAPÉUTICOS Y REINSERTADORES
  - DETERMINE UN CONJUNTO DE ACTIVIDADES PARA LOGRARLO
  - TODO ELLO EN CONSONANCIA CON EL MARCO LEGISLATIVO

ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO VALENCIA

PAIEM

OBJETIVOS:

- DETECTAR, DIAGNOSTICAR Y TRATAR A LOS INTERNOS QUE SUFRAN ALGUN TIPO DE TRASTORNO MENTAL Y EFECTUIAR SU DERIVACIÓN A PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN
- MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS EM, AUMENTAR SU AUTONOMÍA PERSONAL Y LA ADAPTACIÓN AL ENTORNO
- OPTIMIZAR LA REINCORPORACIÓN SOCIAL Y LA DERIVACIÓN ADECUADA A UN RECURSO SOCIO-SANITARIO COMUNITARIO

COMISION DEL PAIEM

- JULIO-2.008
- DIRECTOR EP VALENCIA
- SUBDTORA. TTO.
- SUBD. MÉDICO
- SUBDTORA MÉDICA ADJ.

CONCLUSIONES

- PRIORIDAD ABSOLUTA
- INICIO DEL PAIEM A TRAVÉS DEL ALA B2 DE LA ENFERMERÍA DEL CENTRO CAPACIDAD 70
- ENFERMERIA: ALA A, ALA B1 ALA B2 ALA B3.
- BUSCAR TABLA DE RECOMPENSAS PARA INTERNOS DE APOYO
- INTERNOS DE APOYO DE ENFERMERÍA: 16 RETRIBUIDOS, 2 CURSO DE AUX. ENF. (ZUERA)

CONCLUSIONES

- RECURSOS DEL CENTRO: PROFESIONALES, ACTIVIDADES Y LOCALES.
- DESIGNACIÓN DE COORDINADORES DE LOS TRES PROGRAMAS
- ASIGNACIÓN DE TODOS LOS ENFERMOS MENTALES DE LA ENF. (B2 Y ALA A) EN EL NIVEL 3
- ESTABLECER REUNIONES CON ONGs: ASIEM, etc..
- REALIZACIÓN DE FICHAS DE EVALUACIÓN DE HABILIDADES Y DISCAPACIDADES
- REALIZACIÓN DEL PIR (PLAN INDIVIDUALIZADO DE RHB)

EQUIPO DEL PAIEM

REUNIONES LOS MIERCOLES
EQUIPO DE LA ENFERMERÍA

- MÉDICO DEL ALA B2
- PSICOLOGO DE LA ENFERMERÍA
- 2 EDUCADORES
- TRABAJADOR SOCIAL

PAIEM

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

PROGRAMA DE ATENCIÓN CLÍNICA

COORDINADOR: MÉDICO DEL ALA B2

INTERNOS PRESENTES EN EL CENTRO A FECHA 30 DE JUNIO CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD MENTAL			
2.133+270=2.403	SEXO		TOTAL
	H	M	
Nº INTERNOS CON UNO O MÁS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMEDAD MENTAL	1.003	126	1.129
TRASTORNOS PSICÓTICOS	125	10	135
TRASTORNOS AFECTIVOS	542	20	562
TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD *	250	35	285
PATOLOGÍA DUAL *	61	30	91
OTROS DIAGNÓSTICOS **	25	31	56

PROGRAMA DE ATENCIÓN CLÍNICA

- E.P. VALENCIA: 39 MÓDULOS/ENFERMERÍA
- ENFERMERÍA: CONSULTA MEDICA DIARIA
- CONSULTA ESPECIALIZADA DE PSIQUIATRIA:
  - 2 MÉDICOS PSIQUIATRAS CONSULTORES
  - U. CUMPLIMIENTO: 4 CONSULTAS/MES
  - U. PREVENTIVOS: 2 CONSULTAS/MES
  - ENFERMERÍA: CONSULTA SEMANAL
  - 3/2 HABITACIÓNES DE OBSERVACIÓN DIRECTA
  - URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS: HOSP. GENERAL U. VALENCIA
  - INGRESO PSIQ. HOSPITALARIO URGENCIAS: H.G.U.V.
  - INTERNADOS JUDICIALES: H.P.P. FONTCALENT

OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

- Mejora de las capacidades personales y autonomía.
- Mejora de los hábitos de vida diaria (autocuidados)
- Conciencia de enfermedad
- Mejora de las habilidades de relación
- Incremento de autoestima

PROGRAMA DE REHABILITACIÓN
COORDINADOR: PSICÓLOGO DE ENFERMERÍA

INTERNOS CON ENFERMEDAD MENTAL PRESENTES EN EL PROGRAMA A FECHA 30 DE JUNIO			
	SEXO		TOTAL
	H	M	
INTERNOS EN NIVEL 1	**34**	**8**	**42**
INTERNOS EN NIVEL 2	**27**	**1**	**28**
INTERNOS EN NIVEL 3*	**35**	**2**	**37**
TOTAL INTERNOS EN PROGRAMA	**96**	**11**	**107**

* De ellos 8 son internados judiciales

INTERNOS DE APOYO A ENFERMOS MENTALES

- 9 PUESTOS DE TRABAJO
- REQUISITO PREVIO: REALIZACIÓN DEL CURSO DEL OATP DE AUXILIAR DE ENFERMERÍA
- PERFIL: EVITAR DETERMINADAS TIPOLOGÍAS DELICTIVAS. NO HISTORIAL DE CONSUMO DE DROGAS.
- FILOSOFÍA DEL PUESTO:
  - SON COLABORADORES DEL EQUIPO DE REHABILITACIÓN
  - SENSIBILIDAD Y MOTIVACIÓN PARA EL PUESTO
  - MODELO DE CONDUCTA
  - CONCIENCIA DE TRABAJO EN EQUIPO
  - INICIATIVA
- OTROS PUESTOS DE TRABAJO AUXILIARES:
  - INTERNOS DE APOYO A PPS
  - SUBALTERNOS DE ENFERMERÍA
  - OTROS...

ACTIVIDADES

- ESCUELA
- VIDEO FORUM (MAESTRO)
- PROGRAMA DE AFRONTAMIENTO A LA ENFERMEDAD (ASIEM)
- HABILIDADES SOCIALES (AMBIT)
- ESCUELA DE VERANO (AMBIT)
- VIH (AMBIT)
- INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA (OBRA MERCEDARIA)
- AGENTES DE SALUD (AVACOS/VINCLES)
- EDUCACIÓN PARA LA SALUD (INTERNOS AUXILIARES)
- T.A.C.A. (ARCADYS)

ACTIVIDADES

- COSTURA (PASTORAL)
- GUITARRA (PASTORAL)
- ESMALTES (PASTORAL)
- CANVAS (PASTORAL)
- DESARROLLO DE VALORES (PASTORAL)
- MANUALIDADES (RETO)
- REVISTA (EDUCADORES)
- ANIMACIÓN A LA LECTURA (COORDINADORA)
- AJEDREZ (EDUCADOR)
- PINTURA ARTÍSTICA (EDUCADORA)
- ACONDICIONAMIENTO FÍSICO (EDUCADOR/PSICLOGO)

PROGRAMA DE REINCORPORACIÓN SOCIAL

COORDINADOR: EDUCADOR ENFERMERÍA

- DIAGNÓSTICO DE LA RED SOCIAL DE APOYO:
  - SITUACIÓN FAMILIAR
  - SI TUIENE O NO VALORACIÓN DE MINUSVALÍA
  - PERCEPCIONES DE AYUDAS
  - POSIBILIDADES LABORALES
  - CONTACTO CON ASOCIACIONES

- CONTACTO CON LA RED SOCIAL DE APOYO DURANTE SU ESTANCIA EN PRISIÓN:
  - COMUNICACIONES FAMILIARES
  - PERMISOS DE SALIDA
  - ESTABLECER LAZOS CON ASOCIACIONES DE APOYO UNA VEZ SE PRODUZCA LA EXCARCELACIÓN

PROGRAMA DE REINCORPORACIÓN SOCIAL

ASOCIACIONES QUE COLABORAN

- AMBIT
- ASIEM
- ASPRONA
- OBRA MERCEDARIA

- CONTENIDO:
  - APOYO EN PERMISOS
  - SALIDAS PROGRAMADAS
  - PREPARAR EXCARCELACIÓN
  - SEGUIMIENTO TRAS EXCARCELACIÓN

PROGRAMAS DE ATENCION A LOS ENFERMOS MENTALES EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO PENITENCIARIO DE ALICANTE



PROGRAMAS DE ATENCION A LOS ENFERMOS MENTALES EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO PENITENCIARIO DE ALICANTE



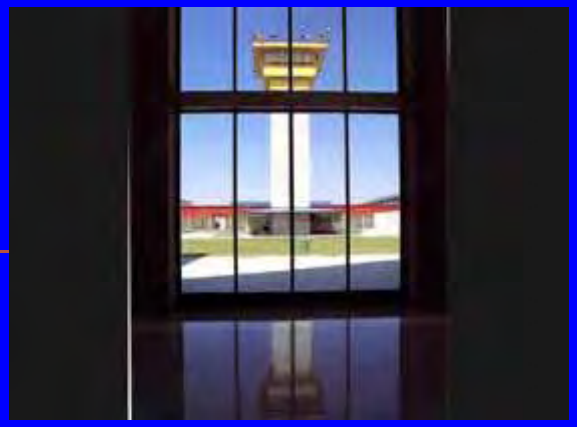
Miguel Martín Casillas

Director Gerente - Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante

Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios



- Los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios son aquellos centros destinados al cumplimiento de Medidas de Seguridad Privativas de Libertad aplicadas por los Tribunales correspondientes (Art. 183 R.P.)
- Las Medidas de Seguridad se aplicaran por el Juez...a las personas que concurran
  - Comisión de delito
  - Que del hecho y de las circunstancias personales del sujeto pueda deducirse un pronostico de comportamiento futuro que revele la probabilidad de comisión de nuevos delitos (Artic. 95 C.P.)



MEDIDAS PRIVATIVAS DE LIBERTAD
Artic. 96 C.P.

-El internamiento en Centro Psiquiátrico.
-El internamiento en Centro de Deshabituación
- El internamiento en Centro Educativo Especial

Artic. 101 C.P.

-Al sujeto declarado exento de responsabilidad criminal se le podrá aplicar la medida de internamiento para tratamiento médico en un **establecimiento adecuado** al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie.

MEDIDA DE SEGURIDAD PRIVATIVA DE LIBERTAD CENTRO ADECUADO

DOS OPCIONES

1.-HOSPITALES PSIQUIATRICOS PENITENICIARIOS

2.-HOSPITALES DE LA RED PUBLICA

Unidades de Corta Estancia

Unidades de Media Estancia

Unidades de Larga Estancia

Unidades de Rehabilitación Psicosocial.

CENTROS ADECUADOS

Unidades Hospitalarias Psiquiatricas de la Esfera Pública

- **Unidades de Corta Estancia**
- **Unidades de Media Estancia**
- **Unidades de Larga Estancia**
- **Unidades de Rehabilitación Psicosocial.**

- **Cumplimiento de Medidas de Seguridad**
- Depende de Comunidades Autónomas
- Cultura establecida en los Centros de aceptación de pacientes infractores
- Posibilidad de recursos arquitectónicos para dar fin al componente de *seguridad de la medida*.

CENTRO ADECUADO

FACTORES INFLUYENTES EN LA DECISION

- MINISTERIO FISCAL
- ABOGADOS DEFENSORES
- ACUSACION PARTICULAR
- PERITOS
  - Evaluación de peligrosidad
  - Pronostico
  - Reincidencia

(Términos no médicos)

CENTRO ADECUADO

FACTORES INFLUYENTES EN LA DECISION

- La Practica:
  - No hay sitios…
  - Carecemos de estructuras seguras
  - Suelen dar problemas
  - Los demás pacientes que pasaría con ellos.

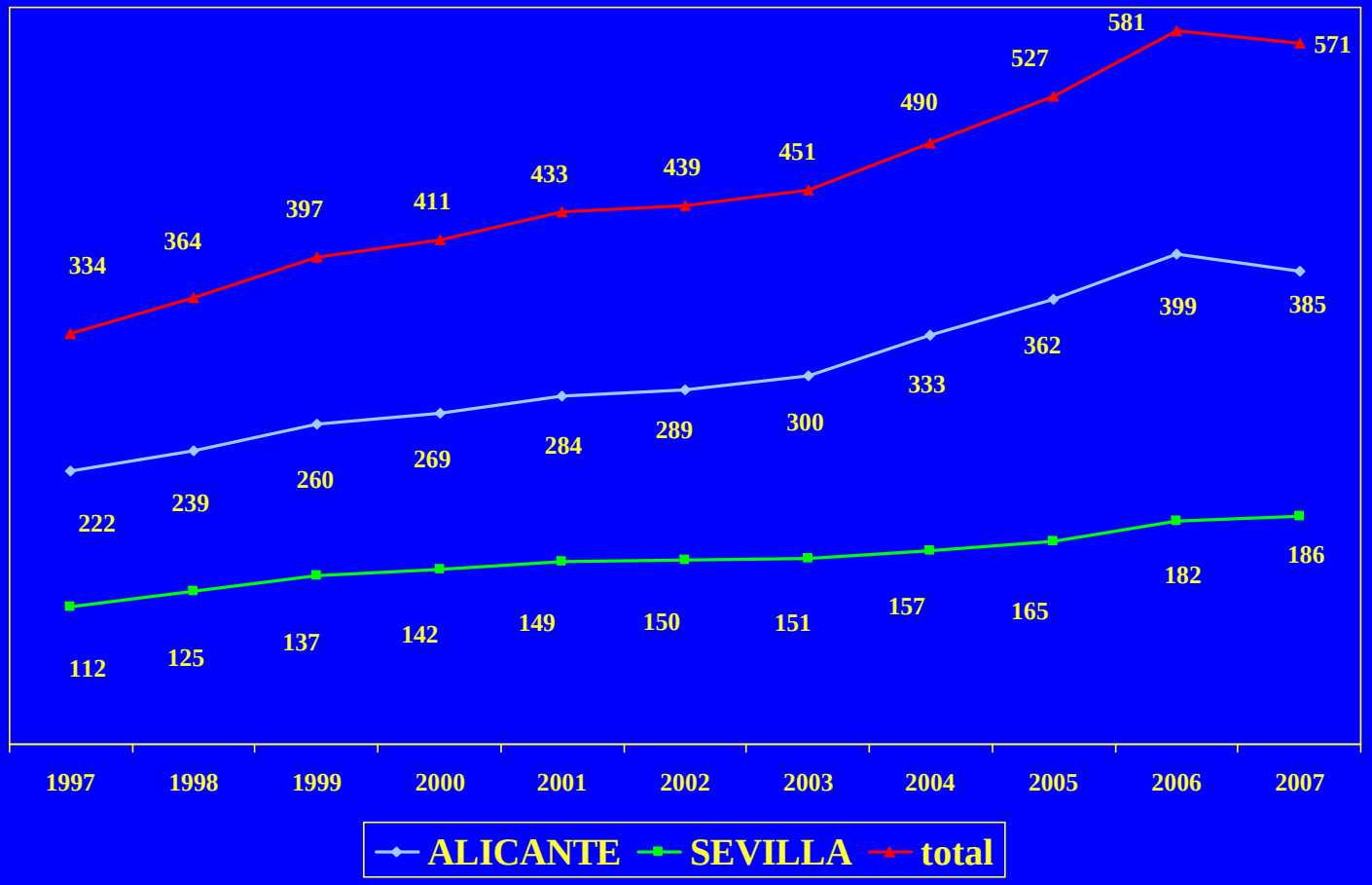
Resultado: Como el día de antes procedía de un Centro Penitenciario Pues que decidan…

HOSPITALES PSIQUIATRICOS PENITENCIARIOS



HOSPITALES PSIQUIATRICOS PENITENCIARIOS

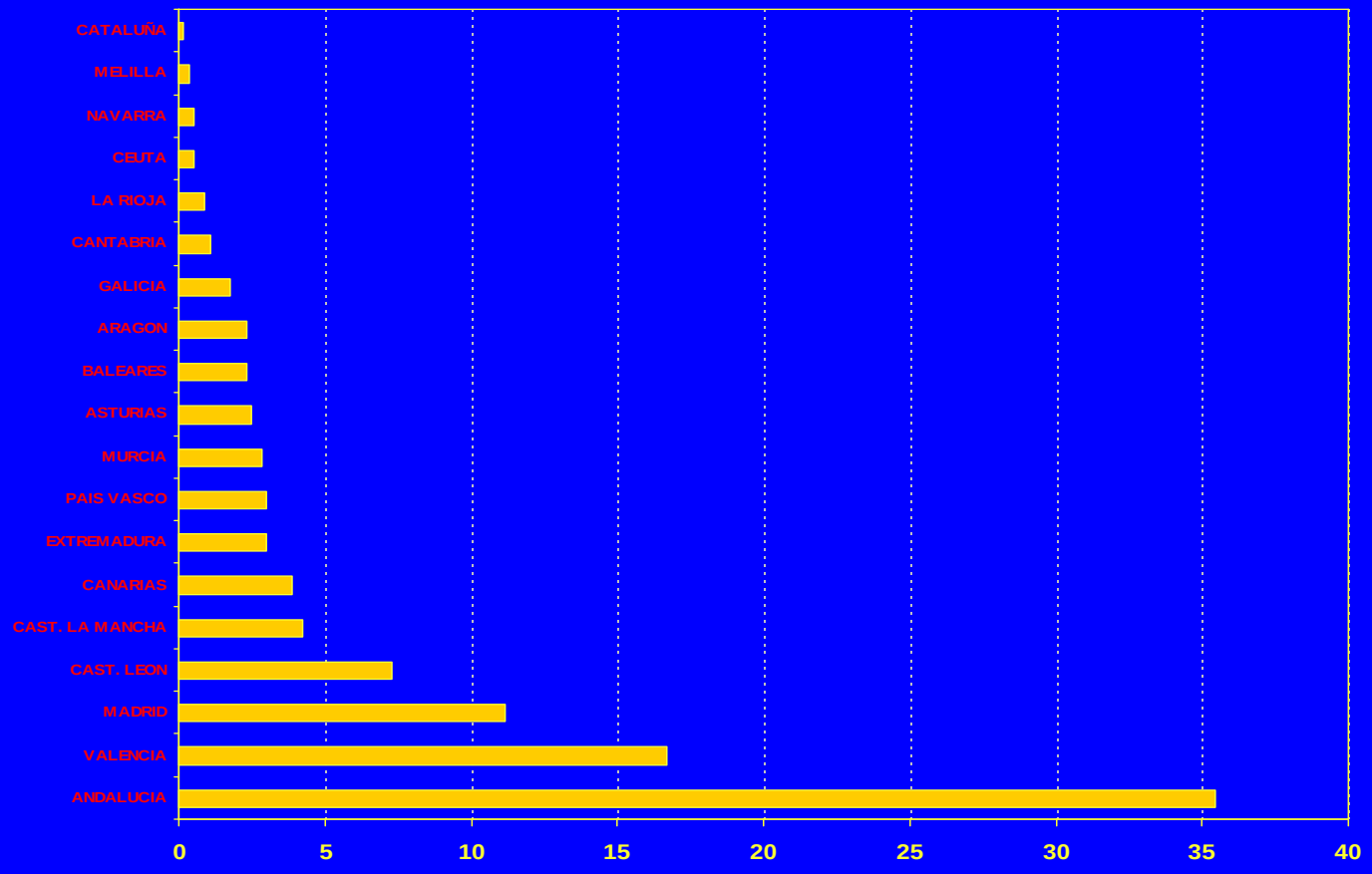
evolución de la ocupación



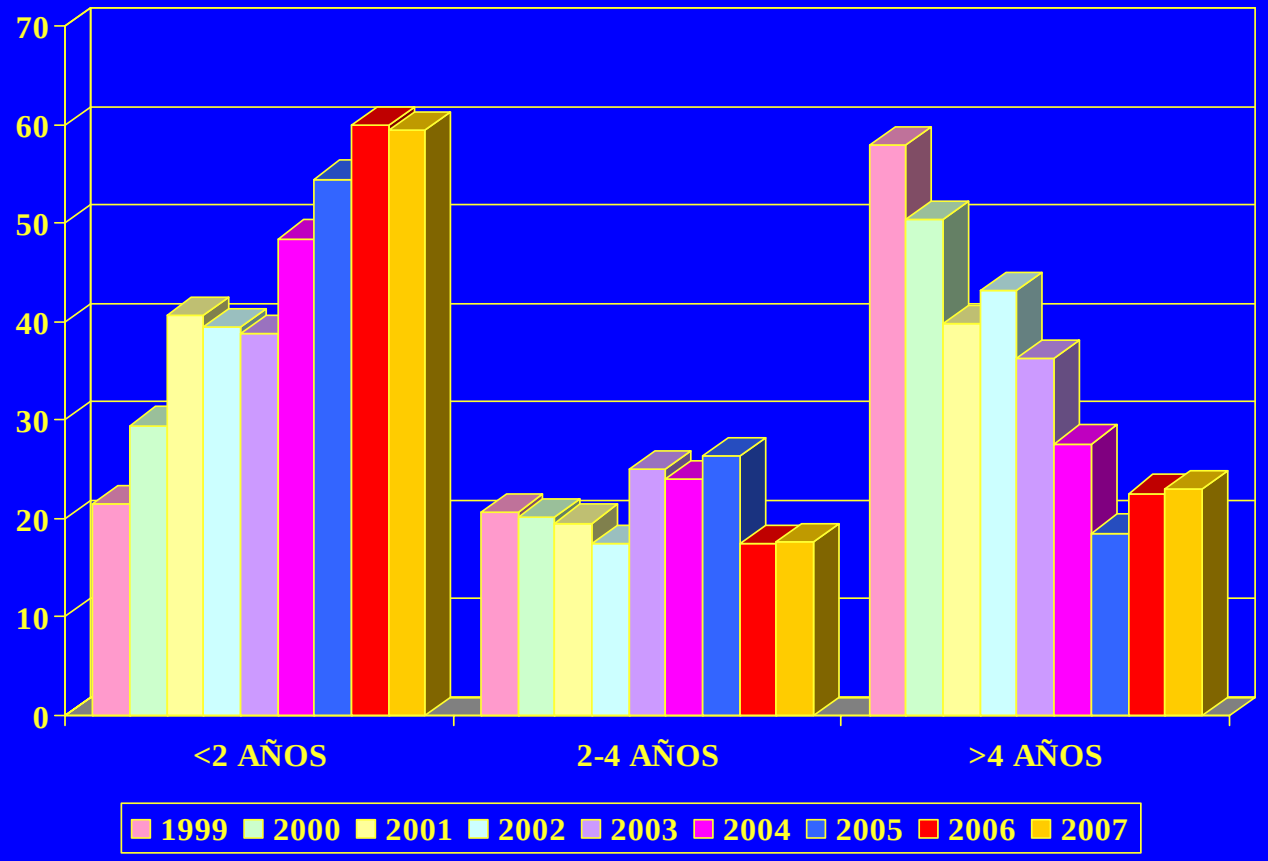
SECRETARIA GENERAL DE II.PP.

Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios

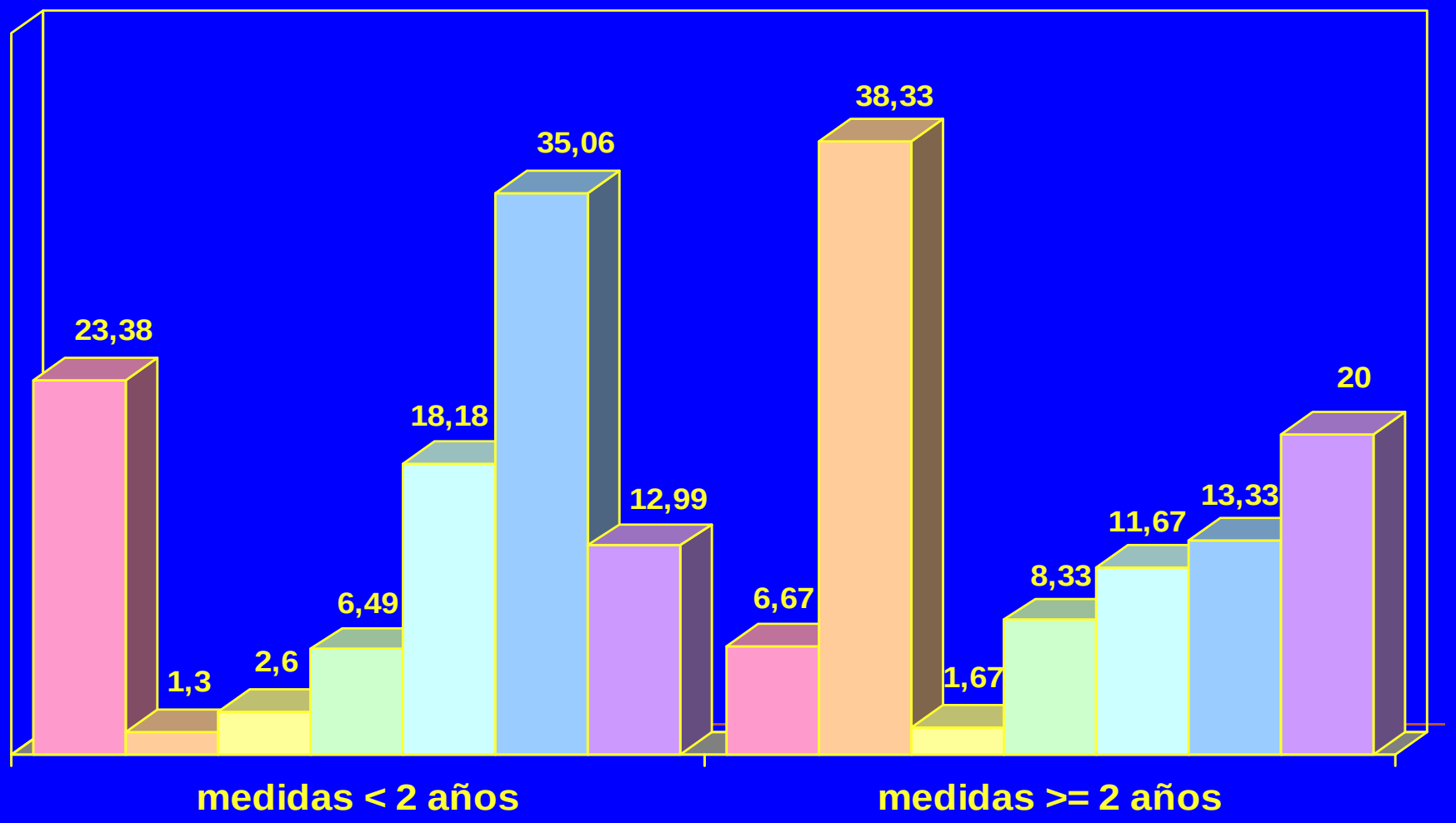
COMUNIDAD DE PROCEDENCIA



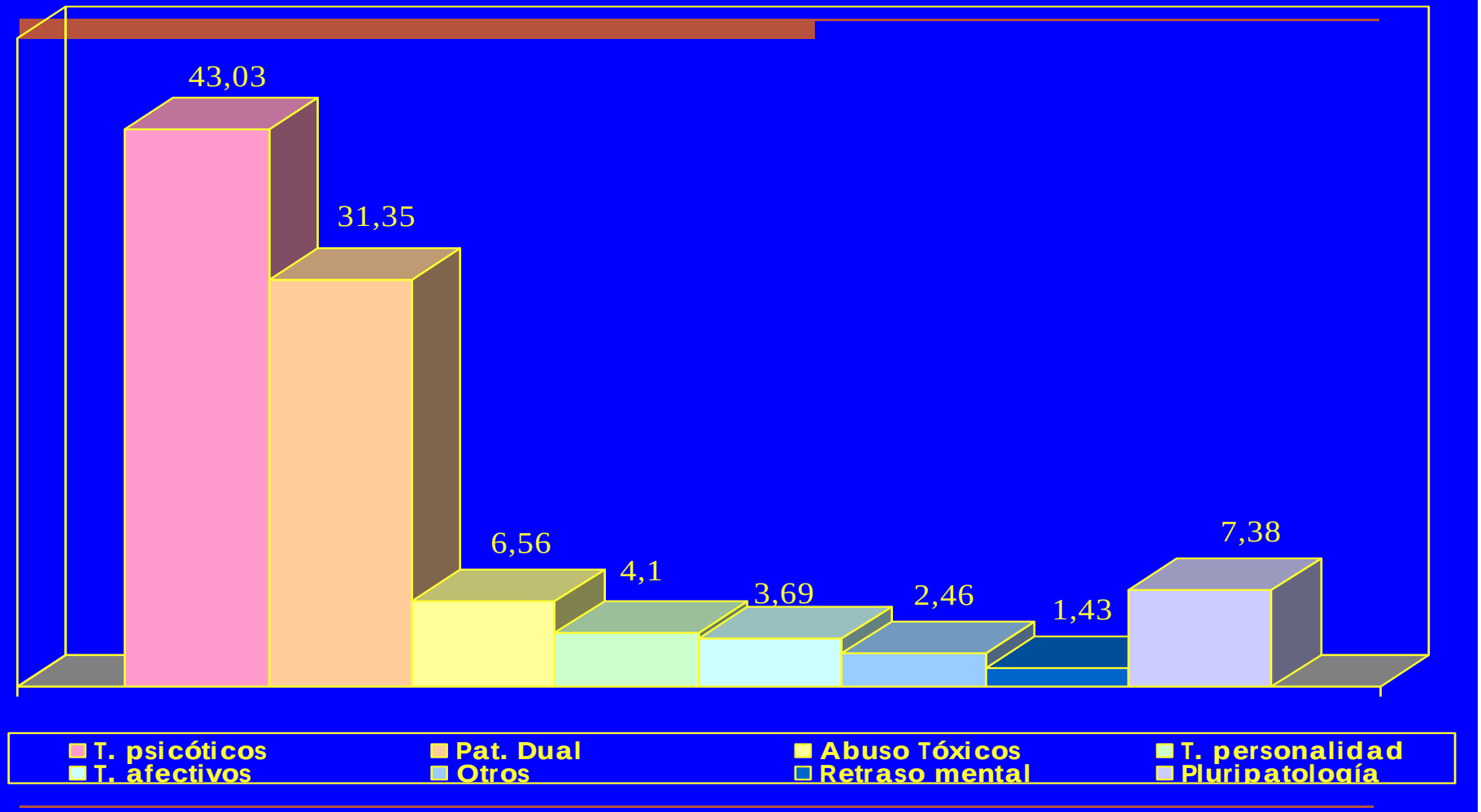
MEDIDAS DE INTERNAMIENTO ESTANCIA MEDIA (%)



DELITOS SEGÚN LA DURACION DE LA MEDIDA



Medidas de Seguridad. Diagnósticos %



Conclusiones a la estadística

- Los psiquiátricos penitenciarios están masificados pero deben seguir admitiendo pacientes?
- La construcción de mas HPP generaría mayor oferta. Sería adecuado y justo?
- Últimamente están incrementándose las M.de S. de corta duración que están desarraigando la reincorporación de los pacientes a su medio original?
- ¿Estamos penalizando conductas disruptivas de origen psíquico patológico en el ámbito familiar y la intervención se esta haciendo sin la familia?
- Se envían a HPP pacientes con diagnosticos de retraso mental, psicopatías y toxicofilias por un peritaje no correcto o por la carencia de recursos adecuados?
- Los diagnósticos principales son Trastornos Psicoticos y Patología Dual pero existen un importante porcentaje de diagnósticos de Trastornos de personalidad, retrasos mental…
- El código penal es amplio diciendo “Centro adecuado” pero problemas diversos envían a Psiquiátricos Penitenciarios pacientes infractores que se beneficiarían en su reinserción y cumplimiento si permanecieran en su comunidad de origen cumpliendo la medida en centros no penitenciarios.
- Los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios deberían quedar para cumplimiento de medidas de seguridad equiparables a las Penas graves o sea superiores a cinco años, para aquellos casos de reincidencia y para pacientes infractores que no se adapten al régimen de los hospitales públicos.

HOSPITAL PSIQUIATRICO PENITENCIARIO DE ALICANTE





-HOSPITAL PSIQUIATRICO PENITENCIARIO MIXTO
ACTUALMENTE: 354 HOMBRES-37 MUJERES

-AREA ASISTENCIAL: UNIDAD DE PATOLOGIA ORGANICA
UNIDAD DE AGUDOS

-ARA RESIDENCIAL: CLASIFICACION ASISTENCIAL
PABELLON 1. 57 pacientes. Trastornos de Personalidad, trastornos de conducta
PABELLON 2. 107 pacientes. Pacientes crónicos Discapacitados psíquicos
PABELLON 3. 120 pacientes.Trastornos psicoticos jovenes
COMUNIDAD TERAPEUTICA. 20 pacientes

PROBLEMÁTICA DE LOS PACIENTES EN HOSPITALES PSIQUIATRICOS PENITENCIARIOS

DERIVADOS DEL SISTEMA PENITENCIARIO

- Masificacion
- Lejanía del domicilio
- Disminución de la autonomía
- Hospitalismo
- Convivencia entre Seguridad/Tratamiento Supone una limitación
- Rechazo de una organización que le coarta libertad
- Desidia-Falta esperanza
- Alejamiento Sociedad
- Estigmatización (Lo penitenciario)
- Convivencia obligada (Anonimato)
- Disrupción con la Sanidad Comunitaria

DERIVADOS DEL PACIENTE

- Carencias afectivas
- Falta de desarrollo personal
- Baja Psicomotricidad
- Anhedonia/Alogia
- Visión de futuro a largo plazo
- Heterogeneidad de pacientes
- Ambiente muy protector
- Disminución de la Autonomía personal

Intervenciones Rehabilitadoras/Reinsertadoras en el HPPA

- PROGRAMAS DE AUTONOMIA Y REHABILITACION PERSONAL
- PROGRAMAS DE REHABILITACION MEDIANTE LA EDUCACION Y EL RESPETO
- PROGRAMAS EN REGIMEN DE COMUNIDAD TERAPEUTICA

PROGRAMAS DE AUTONOMIA Y REHABILITACION PERSONAL

- Principios Inspiradores
- La creatividad, la autoestima, la autosuficiencia, el respeto al compañero y al grupo.
- Protagonistas de sus programas
- Formación por iguales
- Participación en grupos
- Ruptura de la desidia
- Atención personalizada

ATENCION PERSONALIZADA AL ENFERMO MENTAL

BASADA EN

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

DIFICULTADES

- Necesidad de recursos humanos
- Protocolización de las intervenciones
- Continuidad de la intervención
- Reciclaje del profesional
- Apoyar la iniciativa y dotarla de recursos
- Desgaste del profesional. Burnout?

Salidas terapéuticas

Actividad personalizada
Progresiva-Individualizada
Multiprofesional

- **El desarrollo del programa:**
  - **Salidas grupales.**
  - **Salidas familiares.**
  - **Salidas individuales.**

Es la actividad más solicitada





SALIDAS TERAPEUTICAS









SALIDAS TERAPEUTICAS HPPA AÑO 2008

- Permiso con familiares 603
- Permiso sin acompañamiento 23
- Permiso en Centro colab.(Past.) 75
- Salida con Familiares 1198
- Salida con Personal del Centro 2121
- Salida con voluntariado 438
- Salida sin acompañamient 2223
- **TOTAL: 6681**
- **PACIENTES PARTICIPANTES: 312/387**

Actividades deportivas

Torneo Justicia



Deporte en equipo

Entrenamiento individual





PROGRAMAS DE AUTONOMIA Y REHABILITACION PERSONAL
CURSOS DE FORMACION PARA EL EMPLEO

- Cocina
- Informatica
- Reparacion de Edificios
- Pintura
- Monitor deportivo
- Marroquineria Artesana
- Jardineria
- Monitor Sociocultural





PROGRAMAS DE FOMENTO DE LA AUTONOMIA PERSONAL

- MODELO DEMOCRATICO Y PARTICIPATIVO (Presidente/a. 8 grupos con responsables.
- AREAS MULTIPLES DE INTERVENCION
- RESPETUO MUTUO
- TRABAJO EN BENEFICIO DE TODOS
- RESPONSABILIDAD
- AUTOGESTIÓN
- CALIDAD DE VIDA
- MEJORA DE LA AUTOESTIMA



Comunidad terapéutica HPPA



PATOLOGIA DUAL EN EL HPPA

PROBLEMAS DETECTADOS

- PATOLOGIA DE ALTA PREVALENCIA
- PATOLOGIA GENERADORA DE CONFLICTIVIDAD
- DESESTABILIZADORA DE LOS ENFERMOS
- MAL MANEJO TERAPEUTICO
- COMPLEJO ABORDAJE

MODELO DE ACTUACION

- INTERVENCION FARMACOLOGICA
  - PSICOTROPOS
- INTERVENCION PSICOLOGICA
  - TERAPIA INDIVIDUAL/GRUPAL
- INTERVENCION MULTIDISCIPLINAR
  - METADONA
  - PROGRAMAS FORMATIVOS
  - INSERCCION LABORAL
  - JUEGO/DEPORTES
  - CONTROL CONDUCTUAL
  - PERMISOS- SALIDAS

TECNICAS DE TRABAJO

- Modelo de “Comunidad Terapéutica”
  - Corresponsabilidad terapeutas-pacientes
  - Consenso en las decisiones
  - Autoorganización interna por los pacientes
    - Asamblea General
    - Foros de comunicación
    - Cauces de información
    - Afrontamiento de situaciones estresantes

CONCESIONES OTORGADAS

- APERTURA DE HABITACIONES DIURNA
- COCINA LAVADORA....
- SALA DE ESTAR PROPIA TV. DVD
- BARBACOA-
- FUNCIONARIO VIGILANCIA DIFERIDO

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

- Intervención integral en ambas áreas
  - Psiquiátrica
  - Adictiva
- Objetivos generales
  - Reinserción social del paciente
- Objetivos específicos
  - Abandono del uso de sustancias
    - Educación para la salud con los objetivos
    - Prevención recaídas
    - Prevenir los agentes precipitantes
  - Desarrollo de habilidades de comunicación
  - Educar en el uso del tiempo libre
  - Fomentar comportamientos cívicos

RECURSOS TERAPEUTICOS

- Intervención especializada en salud mental
  - Psiquiatra
  - Psicólogo clínico
  - Enfermería psiquiátrica
- Intervención Multidisciplinar
- Alternativas de tratamiento
- Intervenciones psicoeducativas progresivas
  - Vinculación empática
  - Identificación de metas
  - Educación e información sobre tóxicos
  - Motivación
  - Tratamiento activo
  - Prevención de las recaídas
  - Fomento hábitos saludables
  - Fomento habilidades sociales
  - Colaboración en actividades

INTERVENCION TERAPEUTICA CON ANIMALES

- PABELLONES 1 Y 3
- PACIENTES CON CARENCIAS AFECTIVAS
- PACIENTES CON PATOLOGIA DUAL
- PACIENTES CON PROBLEMAS DE CONVIVENCIA





PROGRAMAS DE FOMENTO DE LA AUTONOMIA PERSONAL

- TALLER DE ACTIVIDADES PLASTICAS GRUPALES
- MODULO 2

Objetivos

-Favorecer la comunicación grupal

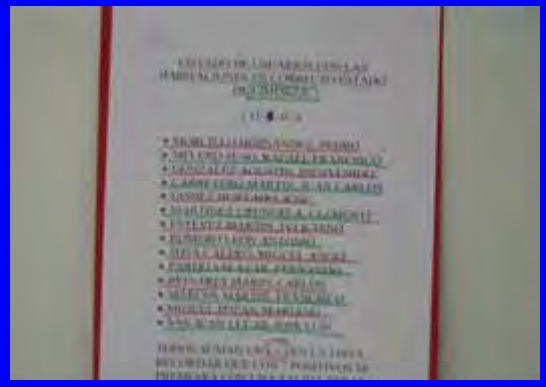
-Conseguir la satisfacción del trabajo en grupo

-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.
- Taller de Creatividad mediante el reciclado





PROGRAMAS DE FOMENTO DE LA AUTONOMIA PERSONAL

- **PROGRAMAS DE HABITOS BASICOS**

HABILIDADES EN EL COMEDOR

HABILIDADES EN LA HIGIENE CORPORAL

HIGIENE COLECTIVA

DIRIGIDO POR PSICOLOGO . PARTICIPA ENFERMERIA



AGENTES DE SALUD
MEDIACION ENTRE IGUALES

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





TALLER FOMENTO LECTURA

- Dirigido por un terapeuta ocupacional y educador
- Fomento de la lectura intercambiando con actos lúdicos y creativos.
- Charlas- coloquio.
- Refuerzos
- Aplicación de nuevas tecnologías





PROGRAMA DE APOYO A LA REINSERCION DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

APSA

- DETECCION DE CASOS.
- PROGRAMA DE HABILIDADES SOCIALES.
- PROGRAMA OCUPACIONAL.
- PROGRAMA DE INTERVENCION CON FAMILIAS.
- GESTION DE RECURSOS.



INTERVENCIONES PERSONALIZADAS

TALLER DE PSICOMOTRICIDAD

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



PROGRAMA DE INTERVENCION CON FAMILIAS

- OBJETIVOS:

-Atender demandas de familias.
-Aumentar la empatía con los profesionales.
-Ayudar a las familias en la interrelación con los pacientes
-Potenciar vínculos con los pacientes.
-Desmitificar el carácter penitenciario
-Reducción/Eliminación del estigma de la enfermedad mental
Intervención personalizada en delitos en Ámbito domestico

- CONTENIDOS:

-Visitas al Hospital.
-Día de la familia.
-Asociación de familiares.



ALTAS HOSPITALARIAS

PROBLEMAS DETECTADOS

- Ausencia/Escasez/Dificultad de Centros para Cumplimiento de Medidas Alternativas-Artic. 763
- Escaso seguimiento del Programa instaurado. Abandono de medicación
- Cambio brusco de un ambiente protector-Patología Dual
- Carga intensa sobre la familia del enfermo
- Problemas sociales añadidos
- Necesidad de Estructuras comunitarias (Pisos tutelados, Centros de día)
- Puesta en marcha de Programas asertivos comunitarios
- Necesidad de Unidades Especiales no ligadas a causa penal para casos de incumplimiento de tto.

Colaboración en el HPPA

- Afema- Feafes
- Apsa
- Asociación de familiares del psiquiátrico
- Ayuntamiento de Alicante Concejalia de Acción Social
- Caja de Ahorros del Mediterráneo
- Cruz Roja
- Girasol Levante
- Pastoral Penitenciaria
- Universidad de Alicante
- Universidad Miguel Hernández de Elche

OBJETIVOS A CORTO PLAZO

- PROGRAMA DE AUTOGESTION EN LA MEDICACION
- MAYOR IMPLICACION DE LAS FAMILIAS
- DERIVACION A UCAS COMUNITARIAS
- PARTICIPACION DE ORGANIZACIONES EXPERTAS COLABORADORAS CON EL HOSPITAL

GESTION LIBERTAD/SALUD

- REFLEXION: ¡ LES ENSEÑAMOS A VIVIR EN PRISION PERO LES ESTAMOS ENSEÑANDO A VIVIR EN LIBERTAD!!!!??
- REFLEXION: AMBIENTE MUY PROTEGIDO

Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud

- "El Ministerio de Sanidad y Consumo desarrollará, junto con las Comunidades Autónomas, un modelo de colaboración con los órganos de Justicia e Instituciones Penitenciarias para mejorar la atención de las personas con trastornos mentales sometidas al Código Penal y a la Ley del Menor, asegurando la continuidad y la equivalencia de cuidados con el resto de la población".

PLAN ESTRATEGICO HOSPITALES PSIQUIATRICOS PENITENCIARIOS 2009

SUBDIRECCION GENERAL DE SANIDAD PENITENCIARIA

- MASIFICACION
- DUALIDAD PRISION/HOSPITAL
- MAYOR MODELO ASISTENCIAL
- MEJORA DE LA INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA
- PROBLEMAS EN LA DERIVACION

PLAN ESTRATEGICO
RESPUESTA A LA MASIFICACION

- CRITERIOS DE INGRESO
- NO MEDIDAS DE SEGURIDAD CORTAS
- PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE PSICOSIS COMO DIAGNOSTICO PRINCIPAL
- CRITERIOS DE INGRESO CLINICOS

PLAN ESTRATEGICO
DUALIDAD PRISION HOSPITAL

- ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DIRECTIVA
- INCREMENTO DE PERSONAL ASISTENCIAL
- BUSQUEDA DE PERSONAL ESPECIALIZADO
- MODELO ASISTENCIAL - CREACION DEL TUTOR

PROBLENAS EN LA DERIVACION

- MEJOR COORDINACION CON LOS SERVICIOS AUTONOMICOS DE SALUD MENTAL
- CENTROS PSICOSOCIALES PSIQUIATRICOS PARA DERIVACION
- UNIDADES PUENTE

GRACIAS POR SU ATENCION



Mesa Cuarta: Respuesta social y extrapenitenciaria en la problemática de los enfermos mentales

La enfermedad mental en el sistema penal *(power point)*

Francesc A. Pérez Arnau. Área de Psiquiatría Penitenciaria. Sant Joan de Déu - Serveis de Salut Mental

Alternativas al ingreso en prisión

José Civeira, médico psiquiatra

Programa EOLUS

Concha Calvet Soriano, Coordinadora de Programas de la Asociación AMBIT

La enfermedad mental en el sistema penal



Area de Psiquiatria Penitenciaria

Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental

Francesc A. Pérez Arnau

- **La enfermedad mental en el sistema penal.**
- ***Valencia 18 de septiembre de 2009***

Sant Joan de Deu y Prisiones

- *1985*: *Competencias de* Catalunya en la administración penitenciaria
- *2001*: Acuerdo entre Departament de Justicia, Departament de Sanitat y Orden Hospitalaria. *Sant Joan de Déu - Serveis de Salut Mental asume la gestión de los recursos psiquiátricos penitenciarios de Barcelona.*
- 2001: *Puesta en marcha de la Unidad Psiquiátrica Polivalente del centro penitenciario "Quatre Camins"*
- *2003:* Se abre la *Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria de Catalunya (UHPP), en el centro penitenciario de Brians 1.*
- *2006:* Se abre la Unidad Terapéutica de Justicia Juvenil Til.lers.

Enfermerías Psiquiátricas Penitenciarias

- ***Consultorías*:**
  - Trinitat: Cárcel de Jovenes
  - Wad-Ras: Cárcel de mujeres
- ***c.p. preventivos masculino de Barcelona (La Modelo):***
  - Programa de detección de patología mental a nuevos ingresos
  - Programa de atención ambulatoria
  - Programa de atención a pacientes ingresados en la enfermería psiquiátrica

Enfermerías Psiquiátricas Penitenciarias

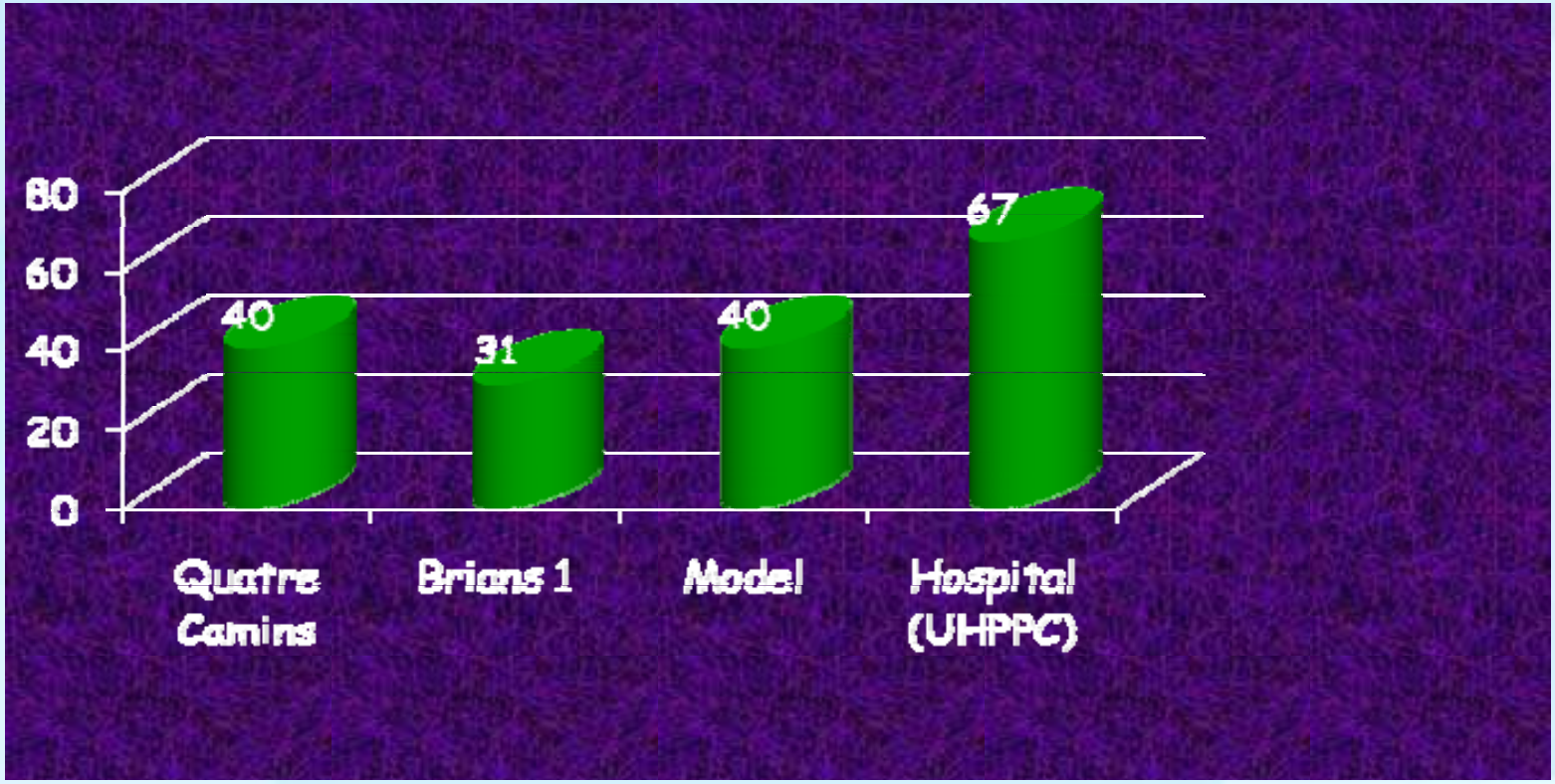
- ***Unidad Polivalente "Quatre Camins"***:
  - Programa atención ambulatoria.
  - Programa de tratamiento ambulatorio intensivo: hospital de día
  - Programa de atención a pacientes ingresados en la enfermería psiquiátrica.
- ***Enfermería Brians 1:***
  - Programa de atención ambulatoria
  - Programa de atención a pacientes ingresados en la enfermería psiquiátrica

Enfermerías Psiquiátricas Penitenciarias

- ***Enfermería Brians 2:***
  - Programa de atención ambulatoria
- ***Unidad Terapéutica de Justicia juvenil "Els Til.lers":***
  - Programa de atención ambulatoria a diferentes centros educativos de Justicia Juvenil (Til.lers, l´Alzina, can Llupià, Montilivi)
  - Programa de atención a pacientes ingresados en la U.T. de Til.lers

Camas de hospitalización gestionadas por SJD-SSM

(sin contar con las de Justicia Juvenil y las 80 camas de la unidad de Psiquiatría de Brians 2, pendiente de abrir)





- Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria de Cataluña

UHPP-C

UHPP-C: Que es?

- Diagnostico, evaluación, tratamiento de la patología mental detectada en centros penitenciarios de Catalunya, que precise régimen de ingreso hospitalario, o que puedan beneficiarse de algunos de los programas específicos que se desarrollan en la unidad
- El Criterio de ingreso es clínico ¿siempre?

UHPP-C: Que no es

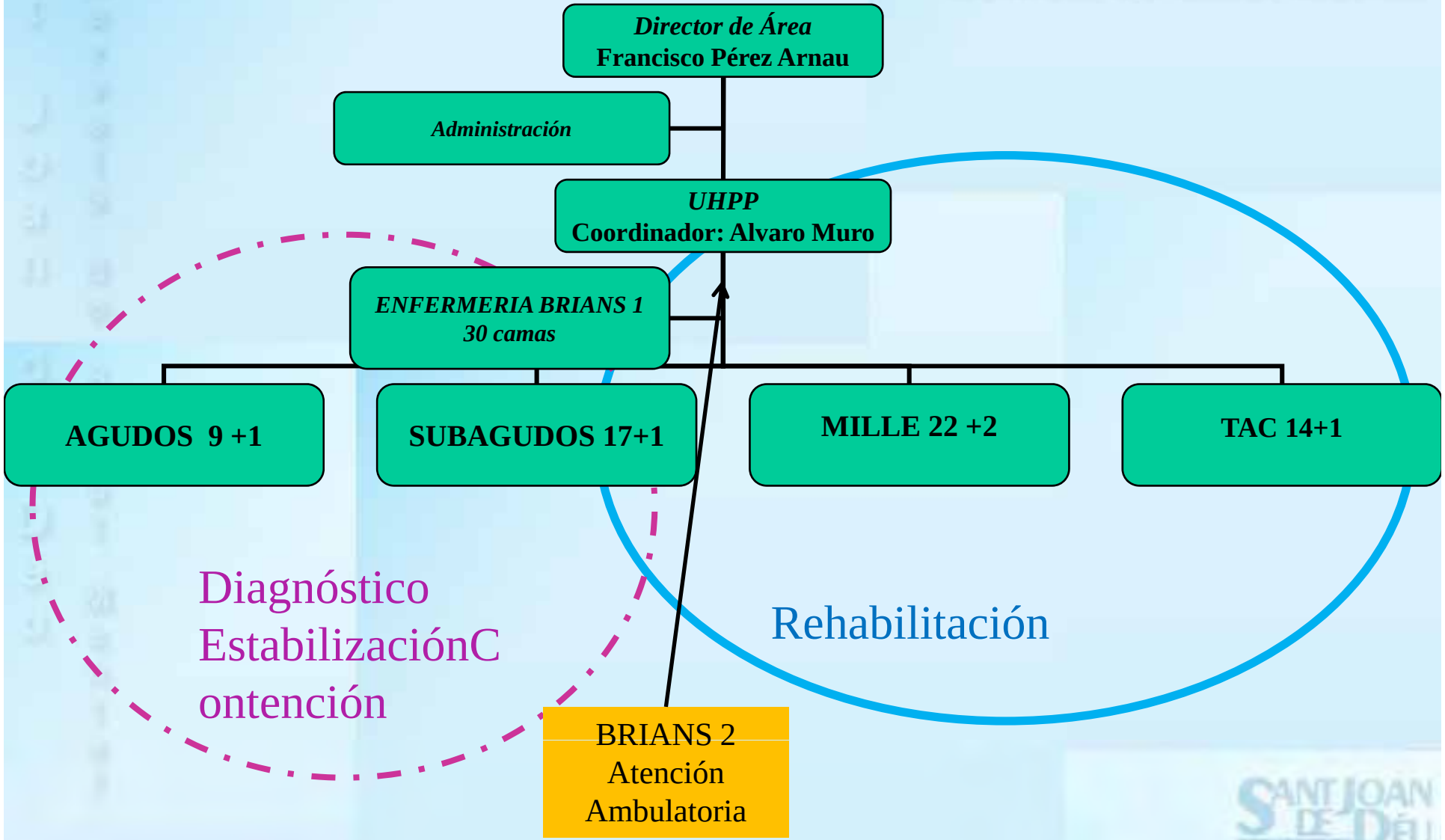
- No es una unidad para cumplimiento de medidas de seguridad
- No es una unidad para prevención de delitos
- No es en si una unidad pericial pero…..

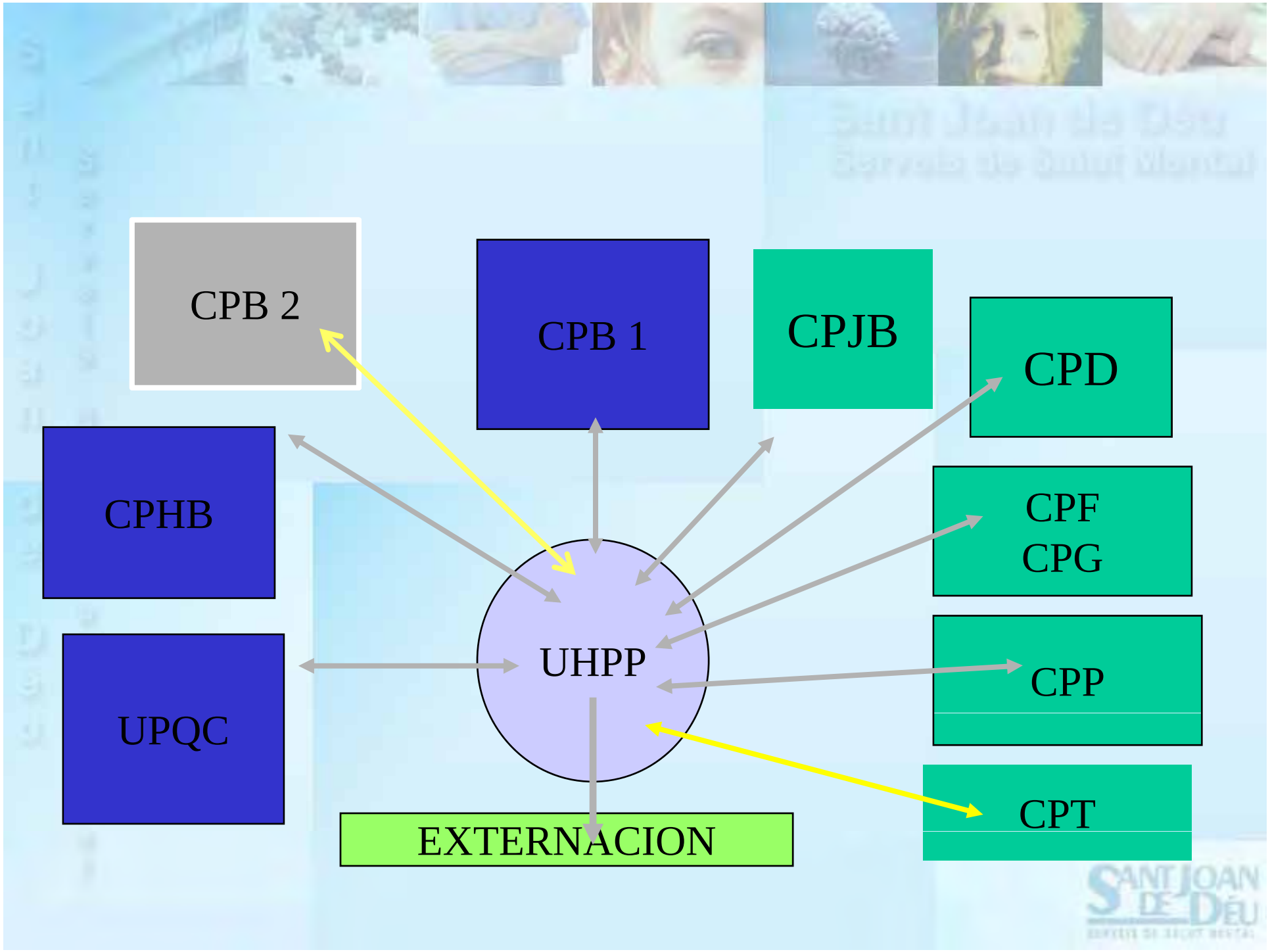
UHPP-C: condiciones diferenciales

- Todos los pacientes han cometido real o presuntamente algún delito—impulsividad---presupone el riesgo—unidad de alta contención
- A su situación clínica se añade la complejidad legal de cada caso
- Criterios de ingreso médicos y de alta médicos-legales

Unitat D'hospitalització Psiquiàtrica Penitenciària de Catalunya

Generalitat de Catalunya




CPB 2
CPB 1
CPJB
CPD
CPHB
CPF
CPG
UHPP
UPQC
CPP
CPT
EXTERNACION

UHPP Catalunya

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

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 o derivación

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.

UHPP: Estructura

- Unidad de subagudos:
  - 17 camas + 1 medidas restrictivas
  - Objetivos: finalizar estabilización psicopatológica, completar proceso diagnostico, inicio proceso de rehabilitación.
  - Estancia media: 3 a 6 meses
  - Alta: módulo/enfermería de procedencia u otro recurso de la unidad.

UHPP: Estructura

- Unidad de Media y Larga Estancia:
  - 22 camas + 2 de medidas restrictivas
    Objetivos: trabajo de rehabilitación psicosocial, para favorecer las capacidades prevenir y trabajar la discapacidad, y el deterioro trabajando por programas:
  - Estancia media---3 años

UHPP: Estructura

- Tránsito a la comunidad:
  - 14 camas + 1 medidas restrictivas
  - Objetivo: completar rehabilitación y externación
  - Estancia: pacientes con 2 años o menos para la finalización de la privación de la libertad
  - Alta: recurso civil, sociedad.
  - Estancia media—18 meses



PROGRAMA DE REHABILITACION.

- Programa de Educación para la Salud
- Programa de actividades de la vida diaria
- Programa residencial
- Programa de habilidades sociales
- Programa psicoeducativo
- Programa de rehabilitación cognitiva
- Programa de conducta adictivas
- Programa de animación sociocultural
- Programa de habilidades ocupacionales y prelaborales
- Programa de vinculación comunitaria y externación
- Programa de desarrollo de valores
- Programa de atención espiritual

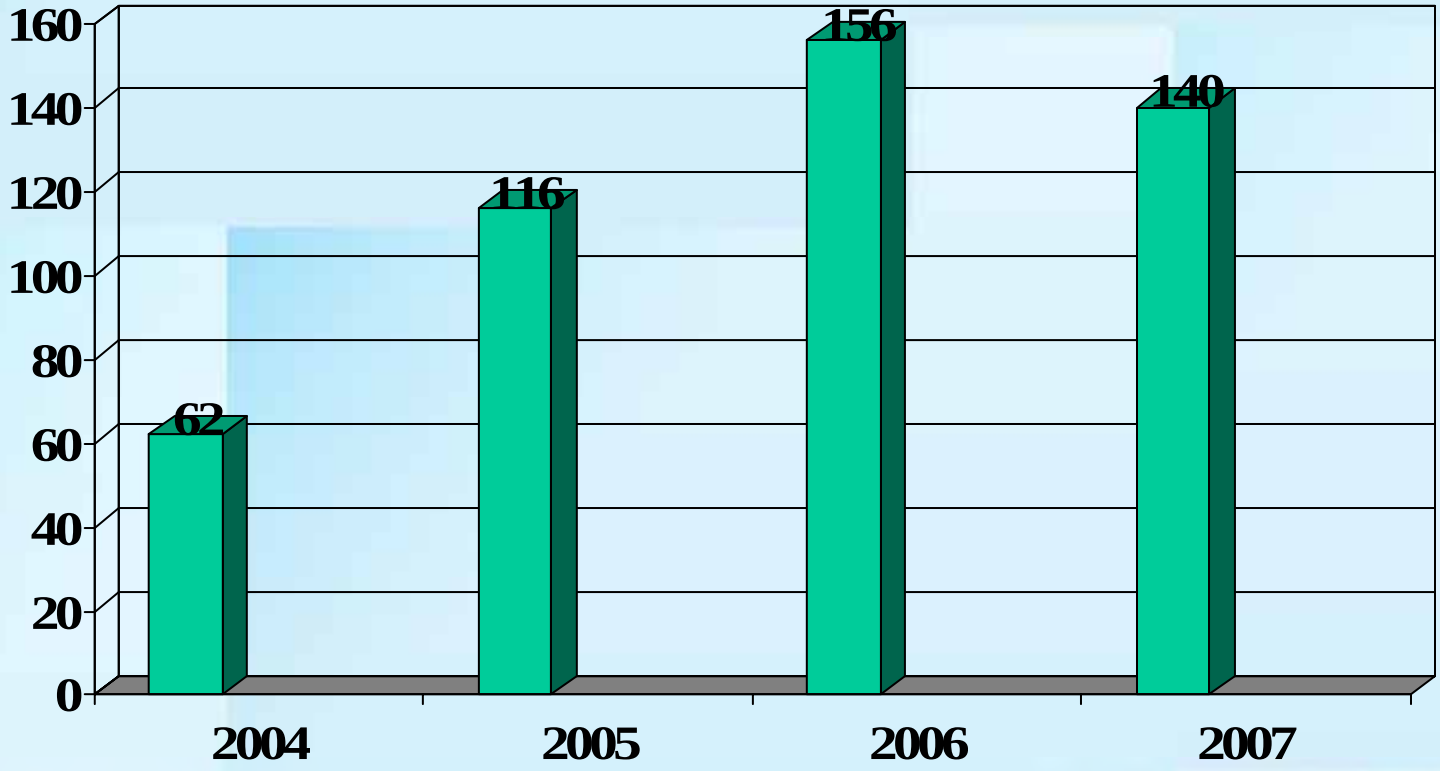
REHABILITACION: ACTIVIDADES

HORARIO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
1ª. Franja	COMISIÓN BIBLIOTECA CASTELLANO PARA ESTRANGEROS	HUERTO PRELABORAL HUERTO PRELABORAL COSTURA	LAVANDERIA ESCUELA ADULTOS JARDÍN INTERIOR	HERTO PRELABORAL HUERTO PRELABORAL DEBATE	CERÀMICA CERÀMICA HIGIENE DENTAL LAVANDERIA
2ª. franja	ASAMBLEA MILLE (Quincenal) TALLER ACOGIDA GIMNÀSIA		INFORMÁTICA PRENSA Y LAVANDERIA		
3ª. franja	JARDÍN INTERIOR ESCUELA ADULTOS PRENSA 1	INFORMÀTICA GIMNÀSICA	"CISTELLERIA"	PRENSA FORO DE LA SALUD	CENTRO DE INTERÉS CLUB SOCIAL GIMNÀSIA
1ª. franja 2ª. Franja	JARDÍN OCUPACIONAL ARTÍSTICO HÀBITOS COMEDOR	"CISTELLERIA" INFORMÁTICA PASEO GRUPO EXTERNACIÓN ALFABETITZACIÓN TALLER DE PAPEL	CERÀMICA PLANCHA CERÀMICA RELAJACIÓN	PRENSA TERTULIA TALLER DE PAPEL BISUTERIA	CINE-FÒRUM PLANCHA CINE-FÒRUM COCINA TEÒRICA CINE-FÒRUM
3ª. franja	CLUB SOCIAL GIMNÀSIA	ESTIMULACIÓN PRENSA 1	CLUB SOCIAL GIMNÀSIA	BIBLIOTECA FORO DE LA SALUD	

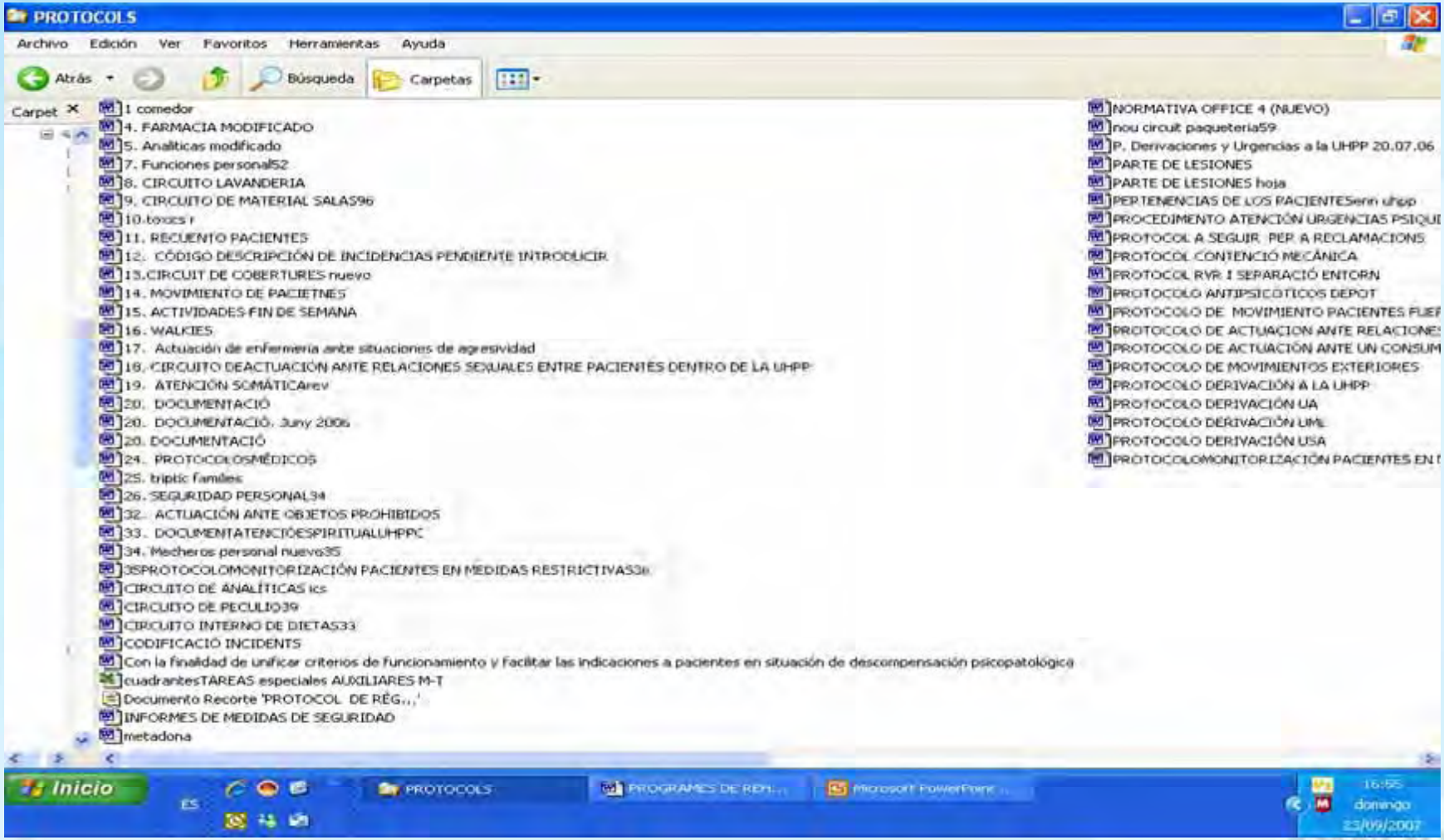
REHABILITACION: SALIDAS PROGRAMADAS

	2004	2005	2006	2007	Total
ASC	20	43	63	65	191
Educ.salud	12	10	20	11	53
Prelaboral	2	6	9	14	31
Educ.perman.	3	1	5	17	26
AVD	8	24	28	19	79
Externación	17	32	31	14	94
	62	116	156	140	474

REHABILITACION: SALIDAS PROGRAMADAS



PROTOCOLOS


PROTOCOLS
Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda
Atrás
Búsqueda
Carpetas
1 comedor
4. FARMACIA MODIFICADO
5. Analiticas modificado
7. Funciones personal52
8. CIRCUITO LAVANDERIA
9. CIRCUITO DE MATERIAL SALAS96
10.toxics r
11. RECUENTO PACIENTES
12. CÓDIGO DESCRIPCIÓN DE INCIDENCIAS PENDIENTE INTRODUCIR
13.CIRCUIT DE COBERTURES nuevo
14. MOVIMIENTO DE PACIETNES
15. ACTIVIDADES FIN DE SEMANA
16. WALKIES
17. Actuación de enfermeria ante situaciones de agresividad
18. CIRCUITO DEACTUACIÓN ANTE RELACIONES SEXUALES ENTRE PACIENTES DENTRO DE LA UHPP
19. ATENCIÓN SOMÁTICArev
20. DOCUMENTACIÓ
20. DOCUMENTACIÓ. Juny 2006
20. DOCUMENTACIÓ
24. PROTOCOLOSMÉDICOS
25. triptic familes
26. SEGURIDAD PERSONAL34
32. ACTUACIÓN ANTE OBJETOS PROHIBIDOS
33. DOCUMENTATENCIÓESPIRITUALUHPPC
34. Mecheros personal nuevo35
35PROTOCOLOMONITORIZACIÓN PACIENTES EN MEDIDAS RESTRICTIVAS36
CIRCUITO DE ANALÍTICAS ics
CIRCUITO DE PECULI39
CIRCUITO INTERNO DE DIETAS33
CODIFICACIÓ INCIDENTS
Con la finalidad de unificar criterios de funcionamiento y Facilitar las indicaciones a pacientes en situación de descompensación psicopatológica
cuadrantesTAREAS especiales AUXILIARES M-T
Documento Recorte 'PROTOCOL DE RÉG...'
INFORMES DE MEDIDAS DE SEGURIDAD
metadona
NORMATIVA OFFICE 4 (NUEVO)
nou circuit paqueteria59
P. Derivaciones y Urgencias a la UHPP 20.07.06
PARTE DE LESIONES
PARTE DE LESIONES hoja
PERTENENCIAS DE LOS PACIENTESenn uhpp
PROCEDIMIENTO ATENCIÓN URGENCIAS PSIQUI
PROTOCOL A SEGUIR PEP A RECLAMACIONS
PROTOCOL CONTENCIÓ MECÁNICA
PROTOCOL RVR I SEPARACIÓ ENTORN
PROTOCOLO ANTIPSICÓTICOS DEPOT
PROTOCOLO DE MOVIMIENTO PACIENTES FUE
PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE RELACIONES
PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UN CONSUM
PROTOCOLO DE MOVIMIENTOS EXTERIORES
PROTOCOLO DERIVACIÓN A LA UHPP
PROTOCOLO DERIVACIÓN UA
PROTOCOLO DERIVACIÓN UML
PROTOCOLO DERIVACIÓN USA
PROTOCOLOMONITORIZACIÓN PACIENTES EN
Inicio
ES
PROTOCOLS
PROGRAMES DE REH...
Microsoft PowerPoint ...
16:55
domingo
23/09/2007

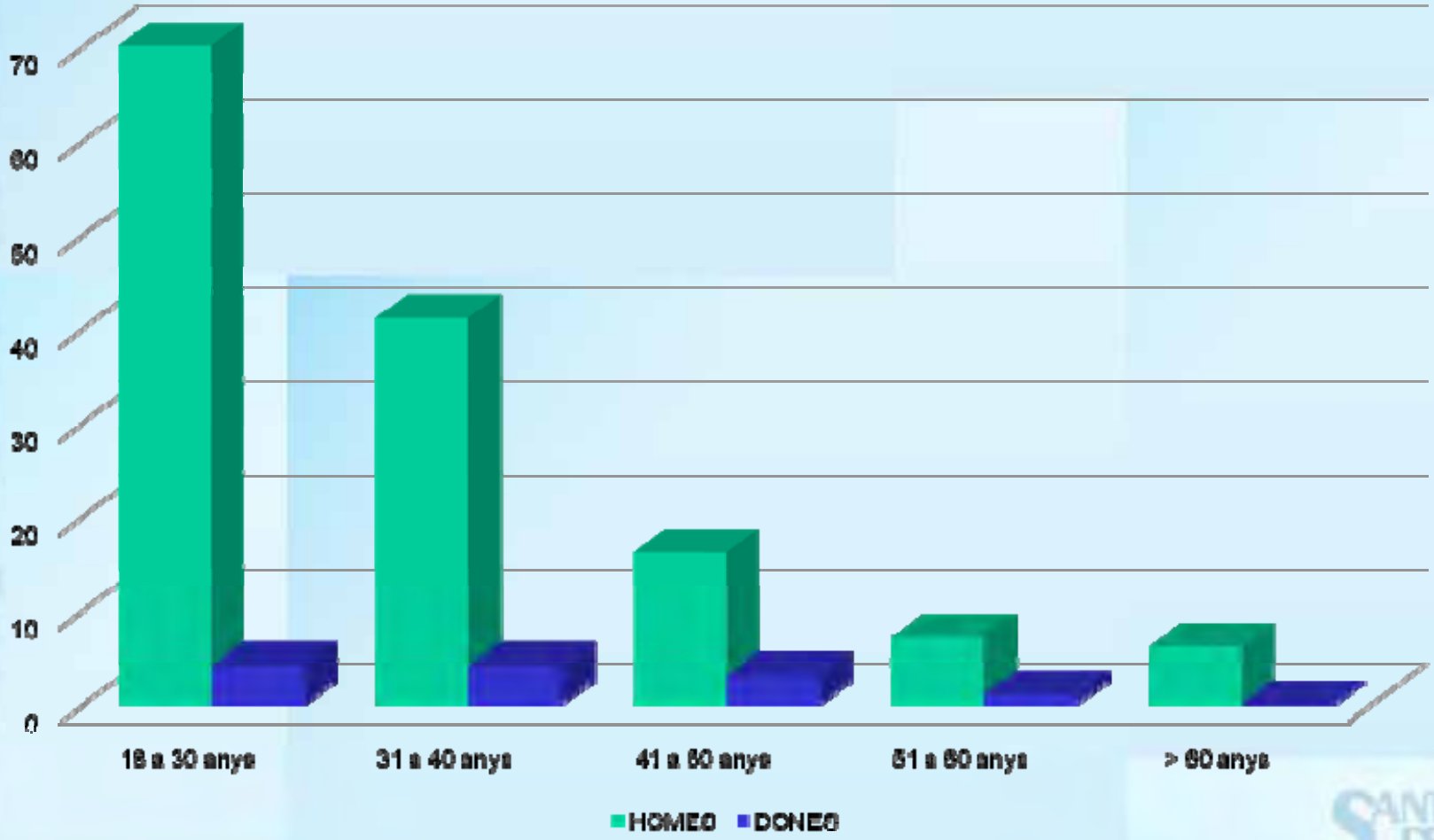


RESULTADOS 2008

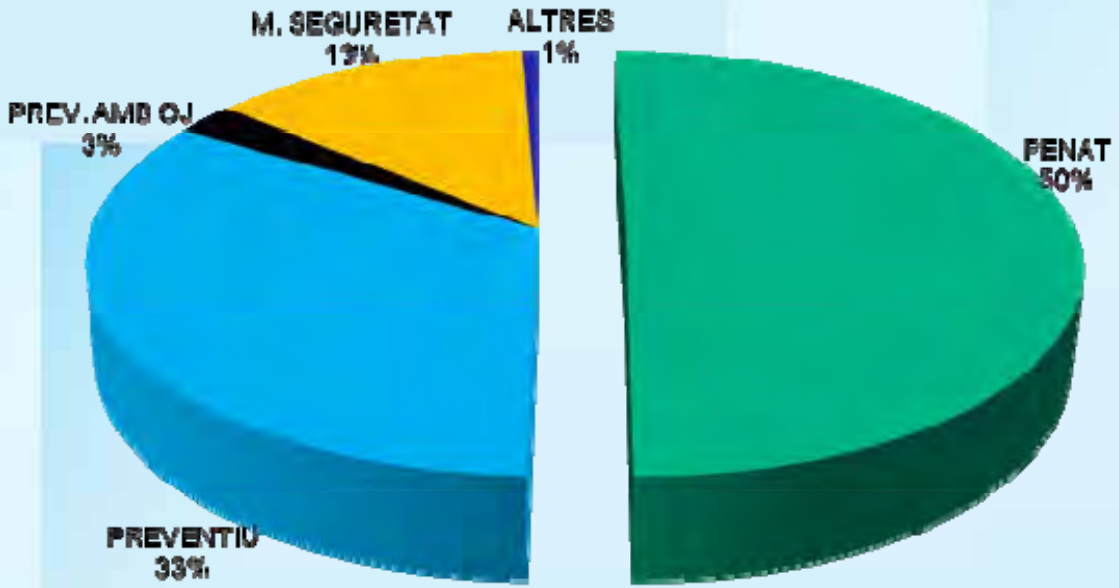
INGRESOS

	AGUDOS	SUBAGUDOS	M y L.E.	T.A.C	TOTAL	%
Primer ingreso	104	-	-	3	**107**	**37,80**
Reingreso 1ª. vez 2008	49	1	-	-	**50**	**17,67**
Reingreso	8	-	-	-	**8**	**2,83**
Cambio de unidad interna	2	92	15	**9**	**118**	**41,70**
Admisiones totales	**163**	**93**	**15**	**12**	**283**	**100,00**
Altas	68	69	13	11	**161**	**58,12**
Altas por cambio unidad	94	18	4	-	**116**	**41,88**
Numero de altas totales	**162**	**87**	**17**	**11**	***277***	**100,00**
Urgencias					**195**	

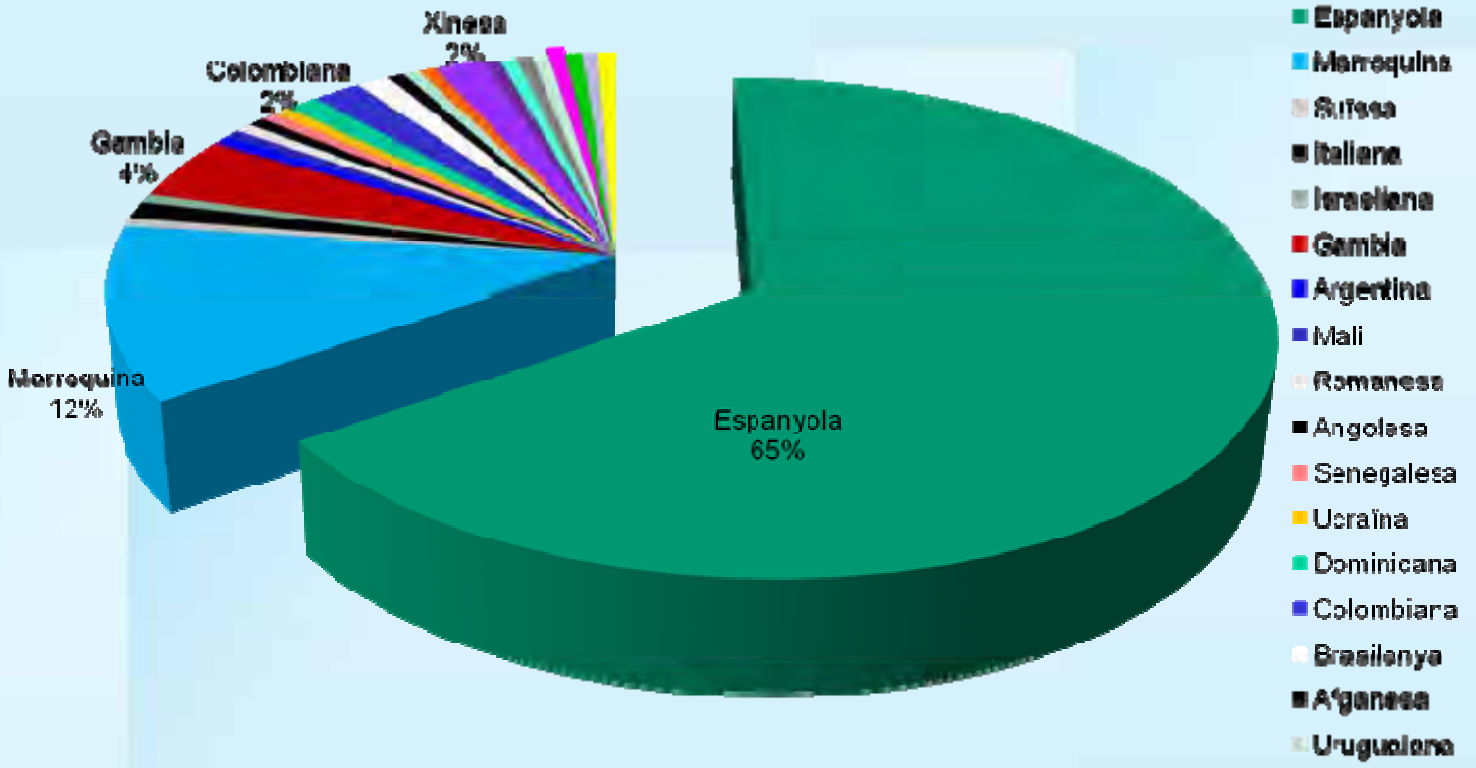
EDADES


70
60
50
40
30
20
10
0
18 a 30 anys
31 a 40 anys
41 a 50 anys
51 a 60 anys
> 60 anys
HOMES
DONES

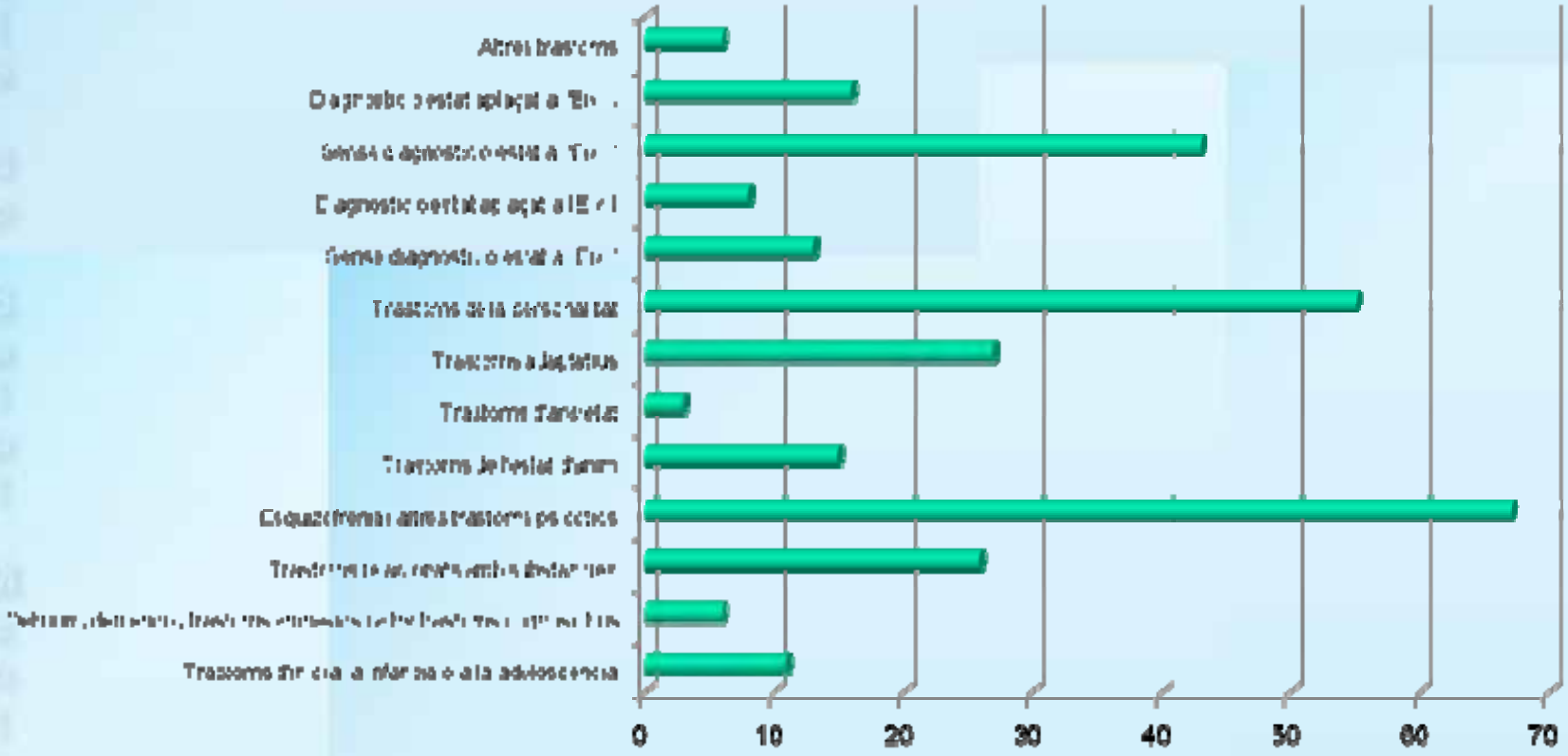
TIPO DE INGRESO



NACIONALIDAD



DIAGNOSTICOS



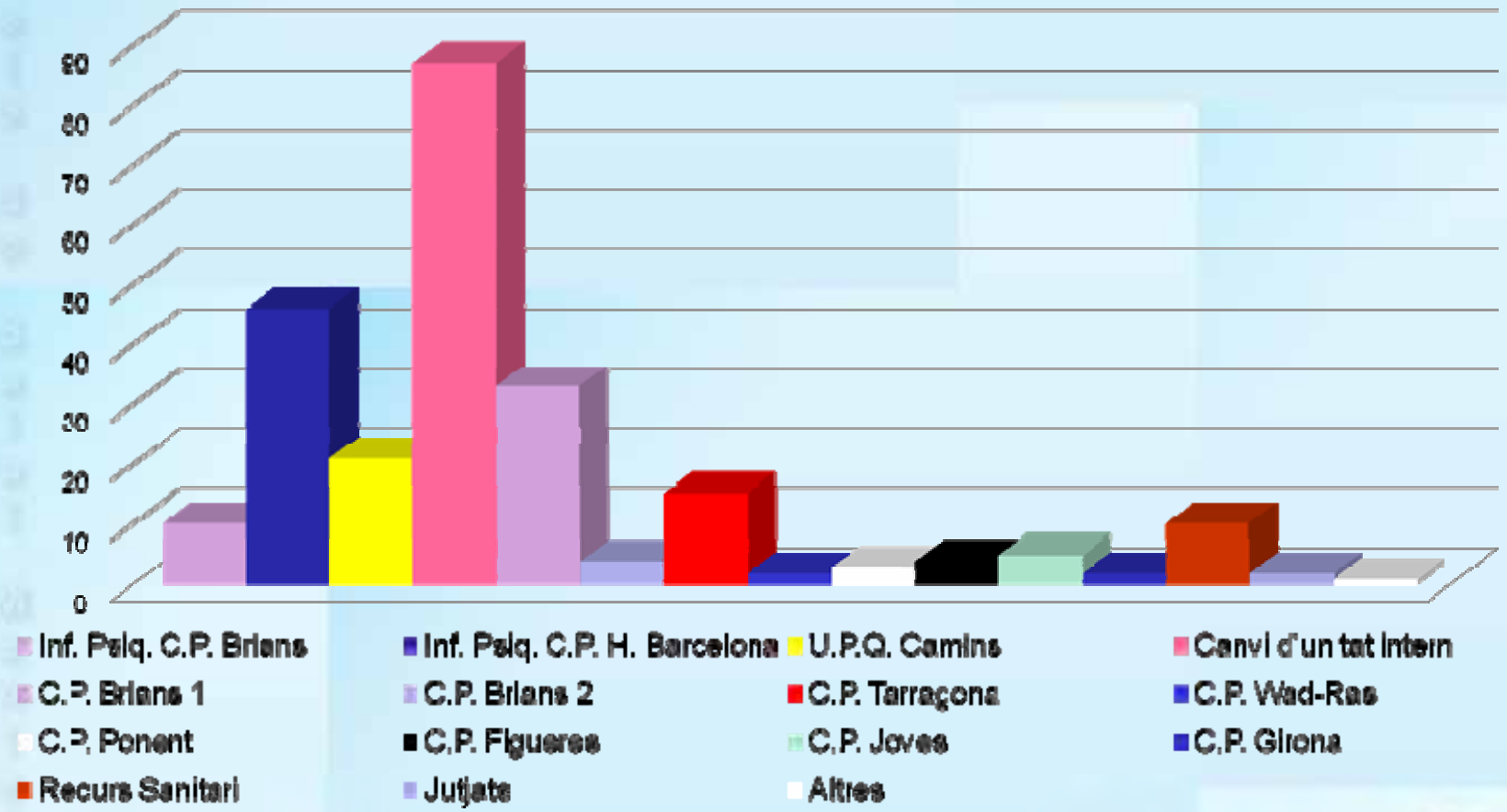
INCIDENCIAS

	2004	2005	2006	2007	2008
Estructura	51	77	66	13	17
Seguridad	133	81	37	24	17
Convivencia	71	36	28	38	67
Administr.va	55	84	55	19	52
Centinelas	20	21	30	18	14
Otras	148	57	25	18	21
Total	**478**	**356**	**241**	**130**	**188**

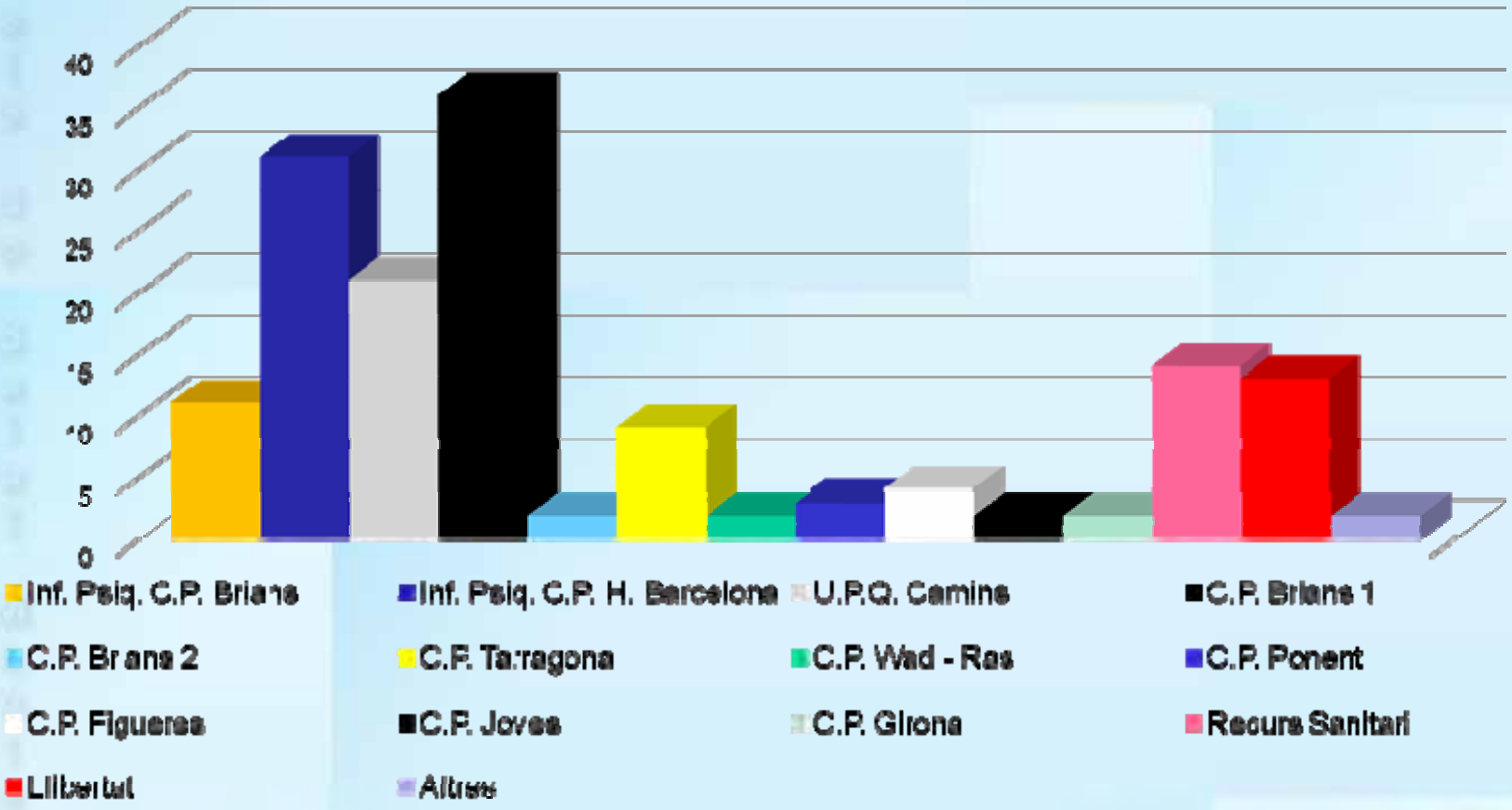
TASA DE OCUPACION
(incluye camas de medidas restrictivas)

AGUDOS	**90,44**
SUBAGUDOS	**92,49**
MEDIA Y LARGA ESTANCIA	**86,14**
TRANSITO A COMUNIDAD	**95,50**

Procedencia



Derivación


40
35
30
25
20
15
10
5
0
Inf. Psiq. C.P. Briana
Inf. Psiq. C.P. H. Barcelona
U.P.Q. Camins
C.P. Briana 1
C.P. Briana 2
C.P. Tarragona
C.P. Vad - Ras
C.P. Ponent
C.P. Figueres
C.P. Joves
C.P. Girona
Recurs Sanitari
Llibertat
Altres

Ingresos

	2004	2005	2006	2007	2008
AGUDOS	103	128	119	148	163
SUBAGUDOS	54	42	48	67	93
M. y L.E.	45	9	13	14	15
T.A.C	25	19	13	17	12
TOTAL	227	198	193	246	273
URGÈNCIES	14	34	24	121	195
TOTAL	241	232	217	367	478

ENFERMERIA BRIANS 1 . 2008

INGRESOS	Número de pacientes
Ingresos totales	**57**
Altas totales	**60**



- **ACTIVIDAD ASISTENCIAL**

  UNIDAD PSIQUIATRICA POLIVALENTE

  - **CENTRO PENITENCIARIO DE “QUATRE CAMINS” 2008**

    (U.P.P.- Q.C.)

UNIDAD POLIVALENTE DE QUATRE CAMINS. 2008

INGRESOS	Número de pacientes
Ingresos totales	**108**
Altas totales	**109**

VISITAS DE INTERCONSULTA

	2005	2006	2007	2008
PRIMERAS VISITAS	203	161	344	381
VISITAS DE SEGUIMIENTO	709	1299	1233	1605
INTERCONSULTAS PROGRAMADAS	640	695	820	610
INTERCONSULTAS URGENTES	146	234	133	184
TOTAL VISITAS	2249	2389	2530	2780



TALLERES

- **Animación Socio-cultural**: Biblioteca, Aula abierta, Taller creativo, Prensa, Asamblea, Revista, Juegos Sociales, Cine, Cine-Forum.
- **Educación Permanente:** Catalàn, Escuela, Informàtica, Punt Òmnia, Àrea Educacional (salen fuera de la unidad a hacer clases), Frances, Pre-acceso a la universidad.
- **Pre-laboral:** Restauración, Cerámica.
- **Residencial**: Taller de autoestima, Taller Tòxicos, Recuperación de hábitos, Taller de consciencia de enfermedad.
- **Educación en Valores**: Tutorias.
- **Educación para la Salud**: Taller de deporte, polideportivo.
- **Actividades de la Vida Diaria**: Cocina.



SALIDAS TERAPÉUTICAS

- **Educació para la Salut**: visitas diferentes recursos asistenciales, visitas al Hospital de Dia.

- **Animació Socio-cultural:** salidas al centro de St. Antoni de Vilamajor, museo y actividades de Cosmocaixa, cine Imax, Pic-nic, Museo Agbar, Blanes...



- **ENFERMERIA PSIQUIÁTRICA CENTRO PENITENCIARIO PREVENTIVO MASCULINO DE BARCELONA. “LA MODELO”**
- **Actividad 2008**

ENFERMERIA C.P. LA MODELO . 2008

INGRESOS	Número de pacientes
Ingresos totales	**143**
Altas totales	**140**



La enfermedad mental en el sistema penal.

- consideraciones



DIAGNÓSTICOS. CONSIDERACIONES

- La ***Dirección General de Instituciones Penitenciarias*** estima que el 5% de la població reclusa presenta trastornos mentales psicóticos (Hernández Monsalve, 1999)

- La OMS estima que la incidencia de alteraciones psiquiàtricas entre la población penitenciaria es hasta 7 veces mayor que entre la población general en el mundo occidental (Meldelson, 1992)

- Entre los presos hay una probabilidad de 2 a 4 veces más de sufrir un cuadro psicótico y una depresión mayor que la población general, y cerca de 10 veces más de sufrir un trastorno de la personalidad antisocial

DIAGNÒSTICOS.CONSIDERACIONES

Diagnóstico TMS	Prevalencia población gral.	Prevalencia en prisión	Población penitenciaria Catalunya	Población afectada estimada
Esquizofrenia	1 %	5 %	10000	500
TEA	1 %			
Trast. Bipolar maniaco	1,7 %			
Trast. Bipolar mixt				
DM. recurrente	3,9 %	12 %		1200
Trast. Bipolar depresivo				
Paranoia	0,5 %			
Agorafobia con crisis de angustia	2 %			
TOC	3 %			
TLP	2 %	20 %		2000
TP antisocial	1-3 %	20-30 %		2000-3000

Epidemiologia Psiquiátrica

AUTOR	MOSTRA	N	PREVALENÇA
TEPLIN (1990)	PREVENTIVOS	627 HOMBRES	Esquizofrenia 3% Episodio depres 3% Tr. neurotico 12%
GUNN (1991)	SENTENCIADOS	1769 HOMBRES	Tr. Psicotico 2%
MADEN (1994)	PREV/SENTEN	870 HOMBRES	Tr Psicotico 3% Tr. Neurotico 6%
TEPLIN (1996)	PREVENTIVOS	1272 MUJERES	Esquizofrenia 2% Episodio depr. 14%
BROOKE (1996)	PREVENTIVOS	750 HOMBRES	Tras. Psicotico 5% Neur./ humor: 26%
BIRMINGHAN (1996)	PREVENTIVOS	549 HOMBRES	Esquizofrenia 4% Episodio depr 2% Tr. Neurotico 9%
BRINDED (2001)	SENTENCIADOS	640 HOMBRES	Esquizofrenia 2% Episodio depr 7%
PARSONS (2001)	PREVENTIVOS	382 MUJERES	Esquizofrenia 10% T depres. May 14% T. Neurotico 30%

Epidemiologia psiquiàtrica

- Prevalencia de Tr. Psiquiátrico en prisioneros sentenciados (*Gunn J, Maden A, Swinton M. Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders. British Medical Journal 1991; 303: 338–341)*
- Identificar aquellos prisioneros con trastorno psiquiátrico que precise tratamiento

- **Psicosis (incl. esquizofrenia) 2.4%**
- **Psicosis afectivas 0.5%**
- **Tr. Neuroticos 5.2%**
- **Tr. Personalidad 7.3%**
- **Dependencia al alcohol 8.6%**
- **Dependencia a substancias 10.1%**

Prevalence of psychiatric disorder and self-harm in remand prisoners

Maden A, Taylor CJA, Brooke D, Gunn J. Mental Disorders in Remand Prisoners. London: Department of Forensic Psychiatry. Prevalença mitja homes i dones

Schizophrenia, psychosis 5.5

Neurotic disorder 19.1

Personality disorder 11.0

Substance misuse 39.0

Singleton N, Meltzer H, Gatward R, Coid J, Deasy D. Psychiatric Morbidity of Prisoners in England and Wales. London: ONS, 1998 Prevalença en homes/dones

Any schizophrenic or delusional disorder 9 / 13

Affective psychosis 2 / 2

Neurotic disorder 59 / 76

Personality disorder 78 / 50

Alcohol dependence a 30 / 20

Drug dependence 43 / 52

Suicide attempt 15 / 27

Self-harm 5 / 9

Epidemiologia psiquiàtrica

Singleton N, Meltzer H, Gatward R, Coid J, Deasy D. Psychiatric Morbidity of Prisoners in England and Wales. London: ONS, 1998

Prevalencia de trastornos psiquiàtricos en prisión para informar sobre provisiones de servicio

	Hombres(%)	Mujeres(%)
Trast. Psicóticos	**6**	**13**
Psicosis Afectivas	**1**	**2**
Trast.Neuróticos	**40**	**63**
Trast. Personalidad	**64**	**50**
Dependencia Alcohol	**30**	**19**
Dependencia substancias	**34**	**36**
Intento de suicidio	**7**	**16**
Autolesiones	**7**	**10**

Figura 3

	n	%
ESQUIZOFRENIA	10	15,87
PSICOSIS	5	7,94
T DELIRANTE	3	4,76
T MANIACO	1	1,59
EPILEPSIA	3	4,76
SINDROME ADAPTATIVO	7	11,11
TP	17	26,98
SORDOMUDEZ	1	1,59
OLIGOFRENIA	2	3,17
INTOXICACION PS	2	3,17
S DEPRESIVO	12	19,05

- NORTE DE SALUD MENTAL nº 25 • 2006 • PAG 35–43

- José Manuel Arroyo Cobo
- Médico del Centro Penitenciàrio de Zaragoza.



“Un programa de mejora de la calidad asistencial de los problemas de salud mental en prisión.”
Evaluación de resultados después de 6 años (2000-2005)
JM Arroyo, E Ortega
Rev. Esp. Sanid. Penit. 2007; 9:

- Fanzel y Danesh (2002), en un metanálisis que incluye 62 trabajos en 12 paises occidentales diferentes, determinan las prevalencias de trastornos mentales en prisión en una muestra de 22.790 internos, con una edad media de 29 años, el 81% eran hombres.

  Los resultados muestran que el 3,7% sufrían un cuadro psicótico, el 10% una depresión mayor y el 42% un trastorno de personalidad.

- Kjelsberg (2005) encuentra que un 35% de internos con algun tipo de trastorno mental en una muestra de 2.617 internos de las prisiones de Noruega.

- Fotiadou (2005) descobre un 78% de patologia mental en una muestra aleatoria de 80 internos de una prisión en Grecia.

- Además de estos perfiles, en nuestro país entre el 58 y el 68% de los reclusos, presentan algun tipo de toxicomania.



“Un programa de mejora de la calidad asistencial de los problemas de salud mental en prisión.”
Evaluación de resultados después de 6 años (2000-2005)
JM Arroyo, E Ortega
Rev. Esp. Sanid. Penit. 2007; 9:

- El 50% de las consultas de atención primaria, tenían relación con un problema de salud mental. El 59% de los reclusos presentan algun tipo de trastorno mental, patologia dual en el 56,6% y Trastorno de la Personalidad en el 30%.

- Un 20% de los reclusos necesitan una derivación al psiquiatra consultor, el motivo más frecuente de la derivación; 46% de los casos fué un comportamiento inadaptado y/o incongruente, el diagnóstico más frecuente; en el 23% fué el Trastorno Depresivo asociado a Trastorno por uso de Substàncias Psicoactivas.

- Observamos una correlación entre el número de sanciones motivadas por conductas agresivas y el diagnóstico de Trastorno de Personalidad. Lo mismo entre la inadaptabilidad puntuada con una escala objectiva y el consumo de psicofármacos.

- El 50% de los ingresos en la enfermeria de nuestros centros estaba motivada por un trastorno mental, el 43% ingresa directamente desde el juzgado.



En los centros penitenciarios se atiende a una proporción importante de sujetos con problemas de salud mental de diversos tipos entre los que cabe destacar, por orden de frecuencia y siguiendo el DSM IV:

1. Trastornos mentales por consumo de substáncias, tanto por dependéncia y abúso como por intoxicación y abstinencia.
2. Trastornos de la personalidad, como el antisocial, esquizotípico, histriónico, el límite, o el paranoide como más frecuentes.
3. Trastornos del estado de ánimo, generalmente de tipo depresivo.
4. Trastornos de ansiedad generalizada o en forma de crisis de angustia.
5. Trastornos del sueño, generalmente en conexión con algun otro trastorno mental, por uso de substancias o por cambios en el ritmo circadiano.
6. Trastornos somatomorfes, como somatizaciones o hipocondria.
7. Esquizofrenias y otros trastornos psicòticos.
8. Trastornos adaptativos.

La Asociación Española de Neuropsiquiatría
Congreso Nacional Oviedo. 2003

- *"La asistencia psiquiátrica en las prisiones, salvo en el caso de Cataluña con transferencias competenciales en esta materia, recae fundamentalmente en el equipo de asistencia primaria y cuando hay un apoyo especializado, lo normal es que no se coordine con este equipo asistencial y su labor quede en un segundo plano".*

- *"Estos profesionales sanitarios no cuentan con personal suficiente para realizar una detección precoz de las patologías, ni con la formación necesaria para manejarlas con la necesaria eficacia".*

- *"El equipo asistencial no coordinado con el especialista genera una derivación inadecuada que acaba produciendo un incremento injustificado de la psicofarmacoterapia, errores diagnósticos y una psiquiatrización de toda la vida de los internos. Cualquier conducta inadaptada es considerada un síntoma de enfermedad mental, susceptible de ser tratada por el psiquiatra".*



La Asociación Española de Neuropsiquiatría Congreso Nacional Oviedo. 2003

- *"Falta de coordinación entre el servicio asistencial psiquiátrico penitenciario y el comunitario, lo que impide una buena derivación tras la excarcelación de los enfermos".*
- *"Nula formación continuada de los equipos de asistencia primaria de las prisiones en materia de salud mental, o en otra materia".*
- *"Falta de recursos materiales y personales en las prisiones para manejar casos psiquiátricos agudos ambulatorios".*
- *"Falta de recursos materiales y personales en las unidades de agudos de los hospitales extra penitenciarios para manejar casos psiquiátricos agudos en reclusos con criterios de ingreso, que requieran medidas de seguridad propias de una prisión".*
- *"Falta de recursos materiales y personales en las prisiones para manejar casos psiquiátricos crónicos".*

Primeras Conclusiones 1.

- Los datos orientan a una alta población “estimada” de enfermos psiquiàtricos graves en los Centros Penitenciarios de Catalunya, tributarios de tratamiento y rehabilitación psiquiátrica a largo plazo. Asi, si consideramos como ejemplo la esquizofrenia , en la prisión se considera una incidencia de 4 o 5 veces la presentada en la población general, lo que puede suponer unos 400-500 esquizofrenicos para los 10.000 internos de Catalunya, y entre 2.500 y 3.000 esquizofrenicos para los 60.000 internos que suponen la población penitenciaria de España.

- Por otro lado, un 30 – 35 % de los ingresos de las diferentes unidades que gestionamos, tanto especializadas (UHPP) como en preventivos o en las enfermerias Psiquiátricas, corresponden a Trastornos Psicóticos, que, por definición, requeririan un seguimiento especializado a largo plazo, que incluirá diferentes recursos según su momento evolutivo, así como programas de rehabilitación específicos y posiblemente otros elementos profesionales de soporte que garanticen la continuidad asistencial.

- Un porcentage parecido suponen los trastornos de la personalidad que requieren ingreso en nuestras Unitades Psiquiátricas, algunos de los cuales posiblemente se podrian beneficiar de programas de tratamiento más específicos.



Primeras Conclusiones 2.

- Existe un grupo mantenido y estable en las diferentes Unidades Psiquiátricas, con una prevalencia entre el 6 y el 15 %, que es importante considerar por que requeriria un abordaje diferente, es el retraso mental con trastornos de conducta o patologia psicótica injertada, o bien con trastorno de personalidad de base.
- De los que tienen alguna patologia asociada, incluídas las enfermedades físicas, la distribución de la comorbilidad es la siguiente:
- 14 % esquizofrenia y otros trast. psicóticos
- 11 % trast. de la personalidad
- 31 % toxicomanias
- 15 % trast. conducta
- 11 % trast. estado de ánimo

- ***Guía d'intervenció per a persones amb discapacitat intel·lectual afectes per el règim penal penitenciari Editat par FEAPS***



PLANIFICACIÓN y DISEÑO DE SERVICIOS.

Modelo de futuro / Modelo especializado

- PSICÓSIS
- TRAST. PERSONALIDAD
- TRAST ADAPTATIVOS
- TRAST. AFECTIVOS
- ETC

- PERICIAL (1)
- URGENCIAS (2)
- DIAGNÓSTICO: EQUIPO PSQ/PSC /DUI (3)
- ATENCIÓN AMBULATÓRIA (3)
- ATENCIÓN EN CRISIS / URGENCIAS
- REHABILITACIÓN

PLANIFICACIÓN Y DISEÑO DE SERVICIOS

- **PSICOSIS**
- **TRAST. PERSONALIDAD**
- **TRAST. AFECTIVOS**
- **TRAST. ADAPTATIVOS**
- **OTROS**

- **AGUDOS (4)**
- ATENCIÓN EN CRISIS **(4)**
- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.**(4)**
- TRAT. AGUDO **(4)**
- TRAT. DESHABITUACIÓN **(5a) (5b)**
- VALORACIÓN SUBAGUDOS **(4)**
- RECOMANACIONES TERAPEUT.

- **SUBAGUDOS (6)**
- PATOLOGIA DUAL **(6)**
- TRAST. PERSONALIDAD **(7a) (7b)**
- INICIO REHAB. PSICÓTICOS **(6)**
- DIAGNÓSTICO INCAPACIDAD Y NECESIDAD REHABILITACIÓN**(6)**
- RECOMANACIONES TERAPEUT.

- **REHABILITACIÓN**
- REHABILITACIÓN PSICOSIS **(8)**
- TRANSITO A LA COMUNIDAD **(9)**
- ALTA CONTENCIÓN **(10)**
- RETRASO MENTAL / COMORB. **(11)**



PERICIAL.-

- La valoración pericial a demanda judicial es una necesidad progresivamente emergente y no obligatoriamente vinculada a la actividad clínica ni a los servicios asistenciales. Por otro lado, si bien obliga a una formación psiquiátrica y psicopatológica de base amplia y rigurosa, requiere de una formación especifica que considera, otros conceptos más allá de los puramente clínicos.

- Puede ser de un enorme interés disponer de “equipos” de expertos, con una actividad “publica” y fiable para la valoración de los criterios periciales penales que ayuden a los jueces en la evaluación de la imputabilidad.



URGENCIAS

- Debe existir un equipo especializado para la atención urgente, fuera del horario de atención ambulatoria de los equipos de referencia.

- Los servicios para la atención en crisis deberían estar ubicados en estructuras hospitalarias del medio y servir como referencia para un territorio amplio. Debe contemplar presencia física de un psiquiatra las 24 hores del dia.

- Considerar, para situaciones no graves y Centros muy alejados, la posibilidad de proyectos de Teleasistencia.



ATENCIÓN AMBULATORIA / EQUIPOS DIAGNÓSTICOS

- Se debería plantear una asistencia primaria , orientada al tratamiento ambulatorio y a la prevención, con una estructura más próxima a los centros de salud mental comunitarios civiles, con un trabajo en equipo: psiquiatra / psicólogo / diplomado universitario de enfermeria.

- Serían los responsables, con una estructura que dependería de las necesidades de cada Centro Penitenciario, de la atención ambulatoria y del seguimiento posterior temporal en los modulos, así como de la necesaria coordinación con los médicos, de cara a servir tambien de apoyo a aquellos en los casos menos gravos. Siguiendo los modelos de los “Programas de apoyo a la primaria” de la psiquiatria comunitària.



ATENCIÓN AMBULATORIA / EQUIPOS DIAGNÓSTICOS

- Estos equipos comunitarios estarian ubicados en la Enfermerias con movilidad funcional y tendrían un especial papel de investigación y detección , sobre todo en los centros de preventivos, considerados como “puerta de entrada al sistema”.

- También tendrían un papel en los servicios de rehabilitación y de Tránsito a la Comunidad , para trabajar la vinculación a otros recursos.

- El equipo “diagnóstico”, asumiría la atención y la valoración diagnóstica durante los dias de ingreso en las Enfermerias Psiquiátricas , que posiblemente reducirían duración de los ingresos y número de camas, pendientes de la derivación a recursos más específicos, según la patología y el momento evolutivo o bien el alta al modulo y posterior seguimiento por parte del mismo equipo “comunitario”.

AGUDOS

- ATENCIÓN EN CRISIS **(4)**
- DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.**(4)**
- TRATAMIENTOS AGUDOS **(4)**
- TRATAMIENTO DE DESHABITUACIÓN **(5a) (5b)**
- VALORACIÓN SUBAGUDOS **(4)**
- RECOMANACIONES TERAPEUTICAS

- Unidad de Hospitalización Psiquiátrica especializada, de ámbito territorial y orientada a la atención de la patologia más grave aguda o subaguda que requiera ingreso, como son los trastornos psicóticos agudos o agudizados, y también otras realidades clínicas importantes, como son ciertos momentos evolutivos de algunos trastornos de la personalidad (límites) y la patologia dual con ciertas características.

- Pueden ser Unidades muy especializadas y bien dotadas que centralicen la valoración del diagnòstico diferencial, suponiendo una actividad importante la la relacionada con la docencia y la investigación y también el asesoramiento tanto de la justícia como de los profesionales que seguiran el caso.

SUBAGUDOS

- PATOLOGIA DUAL **(6)**
- TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD **(7a) (7b)**
- INICIO REHABILITACIÓN PSICÓTICOS **(6)**
- DIAGNÓSTICO INCAPACIDAD Y NECESIDAD REHABILITACIÓN **(6)**
- RECOMANACIONES TERAPEUTICA .



REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA

- La evolución crónica de la enfermedad está determinada por el pronóstico clínico y se objectiva por una utilización determinada de los recursos asistenciales, así los objectivos terapéuticos que se formulen tendrán que procurar reducir al mínimo posible el impacto de la enfermedad mental. És decir conseguir la recuperación da la persona con TMS para que pueda alcanzar una forma de vida lo más satisfactoria, incluso con las limitaciones que comporta la enfermedad, y en nuestro caso la privación de libertad.

- Frente a esta problemática compleja será necesario, pues, prever el desarrollo de un conjunto diversificado de intervenciones y procedimientos para dar una respuesta selectiva, adecuada a cada patologia, e integral, que incluya técnicas médicas y farmacológicas, psicológicas y sociales, como también integrar los ámbitos puramente asistenciales y los preventivos y rehabilitadores, para dar una respuesta asistencial coherente adecuada o recuperar y/o mantener las capacidades y la autonomia del paciente.

- La atención a los TMS, especialmente los psicóticos, se establece a dos niveles: la atención a los momentos agudos de descompensación , pero también la atención rehabilitadora , orientada a evitar el deterioro y trabajar la minusvalía.



REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA

- **UNIDAD HOSPITALARIA DE RFEHABILITACIÓN SUPRATERRITORIAL / RECURSOS AMBULATORIOS**.
- *El propósito de la rehabilitación psicosocial (a veces también denominada, genéricamente, rehabilitación) es prevenir el deterioro de la función social, laboral, educativa y familiar, así como fomentar que estas capacidades sociales de la persona con esquizofrenia puedan desarrollarse al máximo.*
- *Así, la rehabilitación psicosocial persigue los siguientes objetivos, según la Asociación Española de Neuropsiquiatría:*
- *Favorecer y posibilitar la adquisición o recuperación del conjunto de destrezas, habilidades y competencias necesarias para el funcionamiento en la comunidad en las mejores condiciones de normalización y calidad de vida que sea posible.*
- *Potenciar la integración social dentro de la comunidad, apoyando y fomentando un funcionamiento lo más autónomo, integrado e independiente que sea posible así como el desempeño de roles sociales valiosos y normalizados.*
- *Ofrecer el seguimiento, apoyo y ayuda social que cada persona necesite para asegurar su mantenimiento en la comunidad del modo más autónomo y normalizado que sea posible en cada caso.*
- *Prevenir o disminuir el riesgo de deterioro psicosocial, marginalidad y/o institucionalización.*
- *Asesorar y apoyar a las familias de las personas con esquizofrenia para favorecer su competencia en el manejo de los problemas que se les plantean e incidir positivamente en el proceso de rehabilitación y ajuste social de sus familiares con problemas psiquiátricos.*



Cuestiones emergentes

- Immigración
- Drogodependencias
- Seguimiento “medidas de seguridad”



Concepto de imputabilidad

- Diccionario—atribuir a otro culpa delito o accion
- Derivado de dos planteamientos Aristotélicos—CAPACIDAD DE ENTENDER, LIBERTAD VOLITIVA

Imputabilidad: Código penal

- Caen dentro del campo sanitario.
  - Anomalía o alteración psíquica, que le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión
  - Trastorno mental transitorio no buscado a propósito para delinquir
  - Intoxicación plena o síndrome de abstinencia por tóxicos no buscado a propósito para delinquir
  - Alteración de la percepción que altere la realidad
  - El que obra en estado de necesidad o de miedo insuperable
  - El que actua en situación de arrebato obcecación o estado pasional

Imputabilidad: Código penal

- No basta la existencia de un trastorno psiquiátrico, sino que la enfermedad debe alterar la capacidad de comprender y la libertad del sujeto, y coincidir con la conducta o delito

MEDIDAS PENALES ALTERNATIVAS DE INTERNAMIENTO

(Evolución de las órdenes de internamiento y proyección estimada)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	31/3/09	2009 *	2010 *
MS sm	37	60	73	102	80	91	93	100	35	140	161
MS desh	71	52	48	57	56	50	69	33	13	52	60
OBL desh	5	17	20	11	10	16	15	13	2	8	9
MS ed.es	4	3	3	2	1	5	1	3	0	2	2
total	117	132	144	172	147	162	178	149	50	202	232

MS. Internamiento en Catalunya

- El incremento estimado de las medidas de seguridad para el 2009, en relación al 2008, es del 35 %.
- La media de solicitudes de internamiento, en los últimos 3 años, es de 163.
- El crecimiento estimado en el 2009, en relación a la media 2006-2008 es de un 24 %

Situación a 31.03.2009 en la provincia de Barcelona, en relación a las medidas de salud mental

(En la provincia de Barcelona es donde se presentan más del 90 % los casos de Catalunya)

- Las personas que cumplen una medida de seguridad de internamiento son un **total de 202**

- a) En **Centro no penitenciario** (Comunidad terapéutica, hospital psiquiátrico civil, otros recursos residenciales) **son un total de 89**

- b) En **Centro penitenciario cumplen un total de 81 usuarios,** de los cuales
- **46** están cumpliendo en CP por orden judicial
- **17** están en lista de espera de un Centro externo
- **11** están pendientes de valoración y propuesta (casos más recientes)
- **7** están a la espera de aclaraciones o resolución judicial, en respuesta a la propuesta.



Situación a 31.03.2009 en la provincia de Barcelona, en relación a las medidas de salud mental

(En la provincia de Barcelona es donde se presentan más del 90 % los casos de Catalunya)

- c) En domicilio **hay un total de 36**, de los cuales
  - **10** están pendientes de valoración y propuesta (casos recientes)
  - **3** están en lista de espera de un centro externo
  - **4** están fugados o desaparecidos (con orden de busca y captura)
  - **11** tienen aprobado judicialmente el cumplimiento en régimen ambulatorio
  - **12** tienen hecha propuesta de cumplimiento en régimen ambulatorio (pendiente de aprobación judicial)

M.S. Internamiento en nuestras Unidades

Centro cumplimiento	Número a 5/6/09	% respecto total plazas
UHPP	30	44.78%
•Usa	6	37.5%
•MiLLe	14	63.63%
•Tac	10	66.66%
BRIANS 1	10	35.71%
U.P.Q.C.	10	25%
C.P.H.B. (LA MODEL)	19	47.5%

M.S. Internamiento en Unidades hospitalarias

Centro cumplimiento	Número a 30/9/08
H. Benito Menni	16
Inst. Pere Mata	8
H. Sagrat Cor	13
IAS Girona	5
Sant Joan de Dèu SSM	18
Emili Mira	8
Duran y Reynals	1
H. Sta. Maria de Lleida	2

CENTROS DE CUMPLIMIENTO

- **El tiempo medio** (orientativo) **de espera** entre la derivación del caso, por parte del Servicio de Medidas penales alternativas y el ingreso en el Centro psiquiátrico civil de la red pública está entre los 1-3 meses en las Comunidades Terapéuticas y los 2 años en alguno de los grandes hospitales psiquiátricos.
- **Los perfiles de usuarios que no son aceptados** por los Centros de la red pública:
- Sociosanitarios (personas muy jóvenes o mayores de 65 años, con deterioro grave por motivos orgánicos)
- Personas con disminución psíquica.
- Personas con diagnóstico dual
- Personas con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad

LEGISLACIÓN

- **Constitución art. 25.2** "Las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas a la rehabilitación y la reinserción social"

- **Ley Orgánica 1 / 1979 de 26 de septiembre**, General Penitenciaria al su art. 1er. Dice: *"…las Instituciones Penitenciarias tienen como fin primordial la reeducación y la reinserción social de los sentenciados además de tener a su cargo una labor asistencial y de ayuda para internos y liberados (Anexo II)".*

LEGISLACIÓN

- **Reglamento Penitenciario**
- **Capítulo VII**

Internamiento en un Establecimiento o Unidades Psiquiátricas penitenciarias

Artículo 185. *Equipo multidisciplinar*.

1. " Para garantizar un adecuado nivel de asistencia, los Establecimientos o Unidades Psiquiátricas penitenciarias dispondrán, al menos, de un Equipo multidisciplinar, integrado por los psiquiatras, psicólogos, médicos generales, enfermeros y trabajadores sociales que sean necesarios para prestar la asistencia especializada que precisen los pacientes internados en aquéllos. También contarán con los profesionales y el personal auxiliar necesario para la ejecución de los programas de rehabilitación".

2. "La Administración Penitenciaria solicitará la colaboración necesaria de otras Administraciones Públicas con competencia en la materia para que el tratamiento psiquiátrico de los internos continúe, si es necesario, después de su puesta en libertad y para que se garantice una asistencia social post penitenciaria de carácter psiquiátrico, así como para que los enfermos cuya situación personal y procesal lo permita puedan ser integrados en los programas de rehabilitación y en las estructuras intermedias existentes en el modelo comunitario de atención a la salud mental.".

"

LEGISLACIÓN

- **Artículo 188.** ***Régimen de los Establecimientos o Unidades Psiquiátricas***.

  1. La separación en los distintos departamentos de que consten los Establecimientos o Unidades se hará en atención a las necesidades asistenciales de cada paciente.

  2. Las restricciones a la libertad personal del paciente deben limitarse a las que sean necesarias en función del estado de salud de aquél o del éxito del tratamiento.

- 3. El empleo de medios coercitivos es una ***medida excepcional***, que sólo podrá ser admitida por ***indicación del facultativo*** y durante el tiempo mínimo imprescindible previo al efecto del tratamiento farmacológico que esté indicado, debiéndose respetar, en todo momento, la dignidad de la persona. Incluso en los supuestos de que médicamente se considere que no hay alternativa alguna a la aplicación de los medios expresados, la medida debe ser puntualmente ***puesta en conocimiento de la Autoridad judicial*** de la que dependa el paciente, dándose traslado documental de su prescripción médica.

  4. ***Las disposiciones de régimen disciplinario contenidas en este Reglamento no serán de aplicación a los pacientes internados en estas instituciones***

LEGISLACIÓN

- **Artículo 189. *Actividades rehabilitadoras***.

  "…Con el fin de incrementar las posibilidades de desinstitucionalización de la población internada y facilitar su vuelta al medio social y familiar, así como su integración en los recursos sanitarios externos, en los Establecimientos o Unidades se establecerá, con soporte escrito, una ***programación general de actividades rehabilitadoras, así como programas individuales de rehabilitación para cada paciente, no debiendo limitarse la aplicación de estas medidas a quienes presenten mayores posibilidades de reinserción laboral o social,*** *sino abarcando también a aquellos que, aun teniendo más dificultades para su reinserción, puedan, no obstante, mejorar, mediante la aplicación de los correspondientes tratamientos, aspectos tales como la autonomía personal y la integración social".*

LEGISLACIÓN

- **Artículo 191.** ***Criterios de localización y diseño***.

  1. "Para fijar la ubicación y el diseño de las instalaciones psiquiátricas, deberán tenerse en cuenta como elementos determinantes, factores tales como los ***criterios terapéuticos,*** *la necesidad de favorecer el* ***esparcimiento*** *y la utilización del* ***ocio*** *por parte de los pacientes internados, así como la disposición de espacio suficiente para* ***el adecuado desarrollo de las actividades terapéuticas y rehabilitadoras".***

  2. "La Administración Penitenciaria procurará que la distribución territorial de las instalaciones psiquiátricas penitenciarias favorezca la rehabilitación de los enfermos a través del ***arraigo en su entorno familiar****, mediante los correspondientes acuerdos y convenios con las Administraciones sanitarias competentes".*

Orde Hospitalari de Sant Joan de Déu

Gracias...

fparnau@sjd-ssm.com

Alternativas al ingreso en prisión

José María Civeira Murillo,
médico psiquiatra



El momento histórico de cambio y de globalización entre personas de todos los continentes, exige una reflexión continuada sobre eficacia, eficiencia y valoración comparativa de las actividades profesionales, especialmente aquellas necesarias para el bien de la colectividad. El ámbito penitenciario en Europa, destaca la importancia del tratamiento médico, la singularidad de las trayectorias penitenciarias la disminución de la duración de las penas de privación de libertad y el aumento progresivo de los delitos, que cada vez están mas diversificados.

Si analizamos en España las respuestas penales a delitos económicos, de tráfico vial, de infracciones urbanísticas, de respeto a la intimidad, etc. Comprobamos que la diversidad en el cumplimiento de las penas es la norma y la excepción será la entrada en prisión por largos periodos de tiempo. Sin embargo en otros delitos, ligados al consumo de drogas a algunas formas de violencia y la apropiación indebida esto no ocurre.

Como psiquiatra consultor de un centro penitenciario he tenido la oportunidad de observar desde fuera una realidad penitenciaria compleja, en la que a través de 512 informes realizados para los equipos de atención primaria, he venido formulando planes de tratamiento individualizados, que resumo a continuación:

1. Nueve pacientes con síntomas graves y un episodio activo de su enfermedad base, nunca debieron ingresar en prisión. Seis son sicóticos, inestables, tanto afectivos como no afectivos, dos trastornos obsesivo compulsivos y un trastorno cognitivo tras daño cerebral.

2. Cincuenta y seis fueron propuestos para tratamiento preferente con técnicas no disponibles en le medio penitenciario.

- De ellos destaco 17 con grave dependencia a substancias, con signos de abuso activo que tras un periodo de más de dos años en prisión han desarrollado unos mecanismos de resistencia al medio, que les sitúa en riesgo de todo tipo de sicopatología, conflictividad y deterioro personal. Todos ellos cumplen criterios de Tr. Dual

- Veintidós pacientes, se encontraban en plena conflictividad, solicitando aislamiento, traslados de centro y provocando situaciones disciplinarias en cadena, con un consumo desmedido de recursos, ineficientes desde el punto de vista médico y con grave riesgo de escalada. En tres de ellos aparecieron complicaciones médicas graves que exigieron ingresos hospitalarios repetidos. Todos cumplen criterios de trastorno limite de personalidad con otras entidades comorbidas activas

- Los restantes los denomino “psicosis carcelarias”, según la terminología anglosajona de los años 50, y cumpliendo criterios de conducta disocial, con mas de 10 años de ingresos repetidos en prisión, con una conducta oposicionista evidente, claramente disfuncionales entre el resto de internos y con un poder de coacción con el medio, que imprime “ambiente” carcelario, y contagian resistencia a las medidas terapéuticas disponibles. Estos actúan como “yo auxiliares”, movilizando la sicopatología del resto de enfermos, y ejerciendo funciones de control, poder y enfrentamiento. Son la causa de la mayoría de las peleas y conflictos graves aunque no son sujeto de sanción por su especial habilidad. Acuden a la consulta a demandar medicación psicotrópica y a conocer la consulta de psiquiatría y los beneficios que de ella puedan extraerse.

3. Veintisiete pacientes con múltiples diagnósticos psicopatológicos, y dos tercios con abuso episódico de substancias se encuentran especialmente motivados para el tratamiento. Curiosamente han sido evaluados en una fase “positiva” de su itinerario biográfico y pueden haber formado parte de los apartados anteriores por los que algunos ya han transitado. Desde el punto de vista clínico, se conjugan múltiples circunstancias que les hacen susceptibles de mejoría con tratamientos concretos y que o bien por el cambio de ciclo vital personal, o por situaciones de su entorno, o por acontecimientos vitales podrían entrar en un módulo terapéutico, a pesar de su historial pato plástico y sus antecedentes psicopatológicos. La mayoría de ellos acuden a talleres, colaboran en tareas de voluntariado, sustituyen su crítica al medio por otras motivaciones vitales y abren su afectividad a un cambio personal y a un futuro pro social.

4. El grupo mas numeroso es el que pasa mas desapercibido y en el que la enfermedad crónica ha producido un deterioro psicosocial grave, una anomia en el< medio y desde el punto de vista psicopatológico una necesidad urgente de intervención medica.

    - veintidós proceden de instituciones de menores y han cometido múltiples delitos en varios momentos de su vida, carecen de soporte social, de formación académica y su vida ha sido siempre marginal. En ellos la docilidad la sumisión a las normas y la adaptación al medio son una oportunidad para despertar los factores de resistencia personal frente a la adversidad la psicopedagogía y el tratamiento de abuso de substancias... Todos ellos toleraron la supresión progresiva de al menos el 75% de los

psicofármacos que tomaban de <forma habitual. Catorce dejaron el tratamiento con metadona.

- Nueve son psicoticos crónicos, con síntomas activos, "identificados" como tales por el resto de los internos y sometidos habitualmente a un sistema de exclusión dentro del centro. No causan problemas, unas veces toman el tratamiento y otras no. Paradójicamente sus familiares están satisfechos con el ingreso penitenciario en una proporción importante ya que previamente por su enfermedad habían sufrido muchos conflictos.

- Once llevan mas de 15 años de prisión y admiten que este es <su medio natural de vida. Adolecen de iniciativa y su calidad de vida esta ligada a las personas de las que dependen en cada momento. Doce de ellos llevan tomando antidepresivos más de tres años, sin modificación de la dosis y sin criterios clínicos objetivos para tomarlos. Cumplen algún servicio pero no participan en talleres ni en actividades que tienen a su disposición. Clínicamente cumplen criterios de deterioro psicosocial con grave riesgo de sicopatología ante cambios ambientales y con incapacidad para asumir permisos, o salidas por el grave riesgo de alteraciones de conducta ante situaciones nuevas, con impulsividad y nueva comisión de delitos.

- Ocho casos presentan deterioro cognitivo, que no interfiere con su actividad diaria pero que por su edad y posibilidades de recuperación son susceptibles de acudir a tratamiento rehabilitador y mejorar su calidad de vida.

- Trece casos son emigrantes con mal conocimiento del idioma, que no causan problemas regimentales, que viven muy aislados del medio y que cumplen criterios de estrés postraumático, adversidad psicosocial y desarraigo

Estos pacientes proceden en su mayor parte de la Comunidad Valenciana

Centrándonos en estos perfiles y revisando la literatura médica disponibles a través de los repertorios internacionales estamos realizando estudios sobre la estimación de necesidades en los medios penitenciarios, el tipo de equipamientos a instalar y los programas de tratamiento preferentes que en los próximos años habrá que poner en marcha. En esta breve comunicación proponemos un resumen.

CONCLUSIONES

1 Apoyo especializado a las Clínicas Médico forenses, en la búsqueda de centros de tratamiento para pacientes complejos, que pueden responder a los tratamientos disponibles para su enfermedad.

2 Cada Comunidad Autónoma debe disponer de centros sanitarios de tratamiento, con medidas de seguridad que permita aplicar los tratamientos eficaces, al igual que en los módulos penitenciarios de los hospitales para tratamientos por periodos de semanas y hasta 4 meses: Rehabilitación ocupacional, modificación de conducta, psicoterapia de

redes sociales, socioterpia, reatribucion cognitiva, ambiente terapéutico y motivación para el cambio.

3 Los traslados de centro en internos con sicopatología deben contemplar la incorporación inmediata a una plaza de tratamiento de un programa específico instalado en ese centro y que responda a su necesidad clínica aguda. Especialmente importante son las plazas ocupacionales la individualización del seguimiento medico, la incorporación de ayudas externas, tanto familiares, de voluntariado, <como profesionales superespecial izadas.

4 Cada centro debería disponer de un club social orientado a conectar a algunos internos con voluntarios, en un ambiente lo mas accesible para establecer relaciones interpersonales y comunicación afectiva fuera del régimen de vida penitenciario, en el que la iniciativa , la participación en actividades de grupo y la promoción dirigida de hábitos sanos pueda dar respuesta a los síntomas descritos.

5 Hacen falta instituciones y comunidades de “acogida”, para situaciones de crisis y desarraigo, que permitan al igual que se realiza ya en las comunidades terapéuticas, excarcelaciones (por tiempos variables) en personas que por su motivación, <su pasividad o su sicopatología, van a ser claramente deterioradas en el medio penitenciario.

6 Dentro del equipamiento penitenciario, el aumento de plazas en los módulos terapéuticos permitiría la colaboración de los médicos con los equipos de tratamiento y una mejor atención a los pacientes reseñados. En las enfermerías la promoción de agentes de intermediación sanitaria, los cursos de psicopedagogía y los primeros auxilios, físicos y psíquicos fomentarían un ambiente de vida más sano y disminuiría los conflictos. Cada centro de forma flexible, al igual que existen en los hospitales tendría autonomía para de forma flexible modificar algunas de sus prestaciones en función de las necesidades de sus internos, y de las posibilidades de tratamiento eficiente.

La propuesta que formulamos tiene varias implicaciones organizativas:

1. Mejora de la comunicación en todo el itinerario penal de los sujetos, con un hilo conductor de la sicopatología y en especial de la reactivación de hábitos tóxicos, que padecen un 50% de los internos, para tener una perspectiva longitudinal, que permita una aplicación eficiente de los recursos disponibles.

2. Puesta en marcha de servicios específicos para personas que pueden tener muchos beneficios, previniendo las complicaciones y el abuso de recursos actuales de forma ineficiente.

3. Destacar la creciente importancia de las enfermedades mentales tanto previas como sobrevenidas y aplicar las experiencias que en instituciones psiquiatritas y centros de tratamientos a personas con abuso de substancias nos han aportado.

4. Abrir Instituciones forenses a medio camino, unas dependientes del ámbito sanitario, con medidas de seguridad y otras penitenciarias con equipamiento sanitario especifico, para responder a la demanda de la sociedad cambiante en la que vivimos.

5. Viviendo en una aldea global aprender de las experiencias de nuestro entorno geográfico, en el sentido de limitar la duración de la privación de libertad en aquellos casos en

los que no sea imprescindible, sustituir las penas por medidas de ayuda a la comunidad, por medidas de resarcir a las victimas, y por medidas de implicación de distintos grupos sociales de la problemática ligada a los delitos y en especial a su prevención.

6. Introducir en la reflexión argumentos ligados al "ciclo vital personal", la colaboración del medio familiar y social de procedencia del interno-paciente y poder disponer de programas de seguimiento y evaluación periódica de las novedades incorporadas.

Este resumen se encuadra en un banco de datos global que describe las características clínicas, demográficas y terapéuticas y que va a ser presentado en los próximos meses en distintas trabajos.

Programa EOLUS

Concha Calvet Soriano,
Coordinadora de Programas de la Asociación AMBIT



La Asociación Ámbit surge en 1993, cuando un grupo de personas vinculadas al mundo de la cárcel pensamos que salir de la cárcel nunca había sido fácil. Era y continua siendo una situación dura con grandes dificultades para la persona que ha pasado por prisión y que casi siempre se acompaña de un importante empobrecimiento y deterioro.

Àmbit
C/ Alta del Mar, nº 80
46024 VALENCIA
Tel. Fax: 96 367 95 80
ambitg@gmail.com

No sólo se es pobre porque se entra y se sale sin dinero. Cuando se sale la pobreza es además de ideas, de miras, de amigos. Es bastante frecuente salir con menos salud que se tenía al entrar. Es como si la condena no se limitase a privar de libertad; la condena debe hacer enfermar al que pasa por una cárcel, debe quitarle la capacidad de comunicarse con otras personas, reducir al individuo hasta el punto que no se crea eso: individuo, persona, único, valioso, irrepetible.

Nuestra posición, ante tan dura problemática ha sido siempre la misma: conocer desde dentro para poder seguir acompañando e interviniendo fuera.

Así fuimos comprobando el aumento de personas con trastorno mental grave que terminaban en prisión y que al término de su condena, volvían *a la calle,* literalmente hablando, y que, abandonadas a su suerte, reproducían rápidamente las mismas conductas que antes de su ingreso (abandono de tratamiento, consumos, robos para mal sobrevivir, etc.) con un pronóstico de vuelta a prisión o muerte, en muchos casos.

La constatación de esta realidad nos llevo en 1.998 al diseño de un plan de intervención con la población presa con diagnostico de esquizofrenia, al que denominamos EOLUS y que se proyectó en tres fases:

- Fase A o intervención en el seno de la propia Institución Penitenciaria.

- Fase B de intervención en medio abierto a través de una vivienda tutelada (Vivienda Eolus) y finalmente,

- Fase C de acompañamiento en la comunidad, mediante una red de viviendas y servicios (Nuevos itinerarios).

La implementación de cada una de las fases ha tenido un inicio y desarrollo progresivo. Fase A: año 1998, Fase B año 2001 y Fase C, año 2008

El Plan de intervención EOLUS es un intento de acompañar a las personas en las distintas etapas, desde el ingreso en una institución total como es la carcel, al retorno a la comunidad.

Probablemente tenemos una deuda con aquellas personas que han sufrido una doble condena por su condición de enfermas mentales y su situación de privación de libertad. Es casi una cuestión de JUSTICIA con mayúsculas, entendida desde su significado negativo, desde aquello que no es justo como forma de definir aquello que lo es.

En ocasiones la cárcel se interpone en sus vidas y representa una cierta contención y la posibilidad de control farmacológico de los síntomas de la enfermedad. Pero conviene no olvidar que un enfermo mental que pasa por la experiencia de la privación de libertad, abandonado a su suerte, producirá pérdidas y daños con costes muy altos por las consecuencias indirectas de sus acciones, de sus omisiones y de su mismo estilo de vida.

Sólo hay que pensar en las intervenciones policiales, en el coste de las cárceles, de las institucionalizaciones prolongadas y recurrentes... Un precio al que no es ajeno el presupuesto de los servicios sociales, pero que en última instancia deberá ser pagado

por la colectividad. A menudo estos pacientes tienen la sencilla y desesperada necesidad de encontrar un sitio donde vivir tras cumplir una pena de prisión.

El programa EOLUS, en sus tres fases, y concretamente la VIVIENDA TUTELADA, tiene como objetivo trabajar desde la vida cotidiana con sus dos caras que representan dolor y oportunidades. Así diríamos que es un ir y venir desde lo más humano del otro y de uno mismo y desde lo más material y práctico de la vida cotidiana, para tratar de construir relaciones significativas donde poder depositar, con frecuencia, fracasos y decepciones, pero también reavivar deseos y entusiasmo.

La salud mental en un Centro Penitenciario, es un mundo doblemente complejo y complicado, consecuencia de la ausencia de recursos suficientes en la sociedad que den respuesta y atención suficiente a personas con este tipo de patologías y, por otro lado, la aplicación de un Ordenamiento Jurídico Penal que no discrimina suficientemente y que carece de recursos alternativos a prisión para estos pacientes.

De tal modo que hoy, en prisión, además de personas enfermas que cumplen condena, hay internados judiciales, por no tener plaza en *un Centro especializado*, como procura el Código Penal.

Y evidentemente, la Institución Penitenciaria no dispone de las características de un Centro Especializado para enfermos mentales.

Por tanto, estos enfermos en prisión forman un colectivo doblemente desprotegido, por su condición de personas presas y su condición de personas con enfermedad mental crónica.

En 1.998, la Dirección del C.P. Picassent, facilitó un paso positivo habilitando un ala de la enfermería para la atención exclusiva de este colectivo, que demandaba, como mínimo, la separación del resto de reclusos y una atención más individualizada.

Esta medida no llega a todos los enfermos psíquicos que hoy en día siguen cumpliendo condena en módulos ordinarios, sin atención médica suficiente y en un entorno nada favorecedor para su evolución posterior.

El avance, con ser importante, es insuficiente. Pero hay que reconocer que poco a poco, el ala B de enfermería se ha ido conformando como el pabellón específico para internos afectados con discapacidades psíquicas.

Es en este espacio donde AMBIT ha desarrollado su programa de intervención en colaboración con el equipo de profesionales de tratamiento de la Enfermería: Fase A de su programa EOLUS, con periodicidad semanal y que podríamos resumir en:

- Taller de habilidades sociales
- Seguimiento penitenciario, con estrecha colaboración con el Equipo de Tratamiento del Centro.
- Salidas terapéuticas.
- Aval de permisos, con seguimiento 24 horas, en el Albergue de la Asociación.
- Acogimiento en 3º grado y condicional en la Vivienda Tutelada
- Acogimiento en libertad total, en la Vivienda Tutelada.

Los acogimientos en la Vivienda Tutelada (Fase B) se proponen para aquellos que carecen de apoyo familiar suficiente, porque es evidente la necesidad de un acompañamiento por un periodo más o menos largo, que facilite la integración en la comunidad, reduciendo las dificultades de acceso de todo tipo: unas derivadas de la propia enfermedad, de largos periodos de institucionalización

y prisionalización, y otras del propio sistema de protección social, demasiado burocratizado y rígido, que resulta, de entrada, inaccesible para muchos usuarios e insuficiente, casi siempre.

AMBIT, por medio de la Vivienda Tutelada, garantiza ese seguimiento post institucional para el cuidado del enfermo exreclusos en todas las áreas: salud, social, laboral, de ocio, etc.

Las necesidades específicas de éste colectivo, justifican el mantenimiento de esta Vivienda Tutelada EOLUS, y la experiencia de estos años con la evidencia de unos resultados que se plasman en una pequeña red de viviendas ubicadas en el mismo barrio, habitadas por exusuarios de la Vivienda Tutelada, nos demuestran que han decidido vivir cerca, donde saben que siempre encuentran alguien que les pueda atender, acompañar, escuchar.

La calidad y la garantía de un Plan de intervención de recorrido largo, como el que realiza AMBIT, desde prisión hasta la inserción comunitaria, tiene como eje central la Vivienda Tutelada

Los usuarios de la vivienda, son pacientes crónicos adultos, caracterizados por un déficit de adaptación social, baja tolerancia a la frustración y comportamiento impulsivo.

Dentro de este grupo podríamos diferenciar entre aquellos que sin familia que les apoye, viven en la calle, cambian de ciudad con frecuencia, consumen esporádicamente drogas no médicas que exacerban sus síntomas contribuyendo a su volatilidad, y aquellos otros que adoptan un comportamiento pasivo, son apáticos, aceptan rápidamente el rol de pacientes, con una marcada dependencia de programas y lugares, defectuosamente integrados.

En cualquier caso, que hayan cumplido o estén cumpliendo condena o tengan pendiente para cumplir.

Esto es, personas con edades comprendidas entre los 18 y 65 años de edad con un diagnostico de enfermedad mental (esquizofrenia) y que han tenido contacto con las instituciones de justicia penal y penitenciaria.

No es absolutamente necesario que las personas vengan directamente desde prisión; también pueden ser derivadas por los Centros de Servicios Sociales o de Salud Mental, siempre que coincidan los otros requisitos y que tengan o hayan tenido causa penal por sus conductas. A veces, el acogimiento en la vivienda, puede constituir una alternativa al ingreso en prisión o el acortamiento de la privación de libertad en prisión.

La población diana del proyecto está constituida por 6 personas.

Los usuarios que acceden a la VIVIENDA TUTELADA (EOLUS) estarán concertados con el equipo técnico del programa EOLUS, la dirección del Centro Hospitalario de Establecimiento Penitenciario de Valencia y la Consellería de Bienestar Social.

Serán asignados personas con enfermedad mental crónica que permitan una integración en un pequeño núcleo de convivencia.

Cuando el posible usuario esté en el centro Penitenciario, serán necesarios los trámites penitenciarios que permiten su excarcelación. Para ello, la coordinación del personal de AMBIT con la Institución penitenciaria es absolutamente imprescindible. Hablamos de avales, informes médicos y sociales, valoración del Equipo de Tratamiento y aprobación del

A continuación, si estos han sido favorables los siguientes informes: Informe Social, Informe Médico e Informe de enfermería, todos ellos debidamente cumplimentados y con las pautas de medicación y tratamiento especificadas.

Posteriormente se le derivará a la Unidad de Salud Mental de Malvarrosa para seguir el tratamiento.

Para prestar la atención necesaria a los usuarios, el horario de atención en la vivienda es de 24 horas, durante los trescientos sesenta y cinco días.

La media de estancia de los residentes en la vivienda es de 18 meses.

Durante estos años de experiencia, hemos comprobado que la convivencia durante uno o dos años en la vivienda tutelada crea unos vínculos muy fuertes entre las personas de modo que una de las salidas frecuentes de la vivienda, una vez finalizado el proceso de incorporación a la vida autónoma es compartir vivienda en un entorno próximo, donde los factores de protección siguen presentes (CSM, CRIS, los lugares significativos del barrio,...).

Las viviendas supervisadas o satélite constituyen la última etapa del proyecto (Fase C). Están diseñadas como recurso comunitario de alojamiento y soporte social, ubicado en pisos en los que conviven varias personas afectadas de enfermedad mental grave y crónica con un suficiente nivel de autonomía, pudiendo contar o no con apoyo familiar. Ofrecen con carácter temporal o indefinido según las necesidades de cada caso: alojamiento, apoyo personal y social, apoyo a la rehabilitación e integración y una supervisión flexible y continuada en el tiempo.

Los objetivos generales de nuestra intervención son:

- Posibilitar el máximo de normalización y desempeño psicosocial en la persona con enfermedad mental que es o ha sido privada de libertad, disminuyendo las consecuencias y evitando en la medida de lo posible el deterioro producido por la enfermedad y el internamiento.
- Facilitar la autonomía y la capacidad para plantear metas y objetivos vitales

Los objetivos específicos e indicadores de evaluación se enmarcan dentro de la metodología de vida cuotidiana, porque la enfermedad mental crónica tiene como una de sus consecuencias la apatía, dejadez y falta de iniciativa.

Las personas tienden a dejar su aseo personal y el de su entorno, a comer a deshoras y de forma no equilibrada, a fumar en exceso y no cuidar su salud....

El embotamiento de la sensibilidad hace que no perciban estas carencias y se acostumbren a vivir en condiciones a veces infrahumanas. Esto es un círculo del que cuesta salir y en el que se hunde más cada vez, si no hay una intervención activa y sistemática para evitarlo.

Si a ello añadimos la historia de exclusión y prisión donde es posible que las personas no hayan tenido modelos de referencia adecuados en este sentido, la situación se agrava.

Además mantienen y desarrollan una gran cantidad de ideas falsas e irracionales sobre la alimentación o sobre la propia enfermedad que “justifican” su dejadez y que a veces se encuentran muy arraigadas y son difíciles de sustituir por otras más adecuadas.

Junto con la intervención desde las Actividades de la Vida Diaria (AVD) la otra parte de nuestro trabajo radicará en determinar, a través del análisis individualizado, cuáles son las necesidades y oportunidades de cada usuario teniendo en cuenta siempre sus propias decisiones.

Otro fundamento de nuestra intervención radica en la implementación del Tratamiento Asertivo Comunitario junto con el Centro de Salud Mental de referencia.

Desde los recursos de Salud Mental actuales, hoy es difícil realizar de una manera adecuada un diseño de tratamiento Asertivo Comunitario de manera realista. Sin embargo, hemos querido aprovechar dos coyunturas favorecedoras; por un lado, la existencia del piso tutelado de Ámbit con un seguimiento educativo consolidado y centrada en el usuario y la buena relación y mucha implicación del Centro de Salud Mental de la Malvarrosa. Estos dos elementos permiten intentar implementar el TAC con los usuarios del piso para lograr dos objetivos:

- mejorar nuestro trabajo con los usuarios residentes de la vivienda y

- tener una experiencia piloto de cara a futuras intervenciones con usuarios del Centro de Salud Mental de a Malvarrosa

Todo esto nos acerca a una perspectiva comunitaria, donde una intervención organizada y estructurada de los servicios sanitarios y sociales pueda garantizar un apoyo y un seguimiento del paciente con alto grado de autonomía personal.

A modo de conclusión esperanzadora e ilusionante, porque nos gustaría no ser los únicos que abordamos esta problemática de forma integral, podemos aportar como resultados constatables:

La disminución de ingresos hospitalarios, porque existe la adherencia al tratamiento y porque han aprendido a conocer los síntomas de la enfermedad.

- Ausencia larga de consumos

- Manejar y disfrutar del tiempo de ocio

- Conseguir relaciones sanas y duraderas entre los residentes

- Sensibilizar el entorno social del barrio donde trabajamos hacia las personas con graves dificultades.

- En resumen, evitar el círculo de marginalidad y exclusión que termina y empieza en prisión.

Hospital psiquiátrico penitenciario Fontcalent. Alicante

FALTA NOMBRE Y CARGO



Hecha la presentación, quisiera acentuar al foro, nuestra pertenencia a la Pastoral penitenciaria, nuestra acción en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante, es acción como Iglesia, tanto como Capellán y voluntarios.

No somos profesionales ni sanitarios ni judiciales en este ámbito tan complejo de los enfermos mentales en prisión, estoy quisiera también resaltarlo, en el sentido que esta mañana aquí será compartir más bien con ustedes, nuestra experiencia de trabajo pastoral, y vuelvo otra vez a acentuar la palabra pastoral, experiencia, presencia y acción por tanto, de toda la iglesia con hombres y mujeres en prisión.

Por tanto partimos de dos objetivos en nuestra tarea;

1) Presencia y acción como Iglesia en el mundo de la prisión. La iglesia Esperanza, sacramento de reconciliación, liberación y sanación del enfermo mental en prisión.

2) Humanización de los centros psiquiátricos penitenciarios. Promoción, defensa de la dignidad de la persona enferma mental (denuncia profética).

También quiero señalar 5 puntos en los que se basa nuestra actuación:

A) <u>Vocación-misión;</u> “Yahvé dijo; He visto la aflicción de mi pueblo… he escuchado su clamor… he bajado para librarlo…” Éxodo 3, 7-8. Nos sentimos llamados y enviados a compartir la suerte de los mas pobres entre los pobres. Dios nos llama como Moisés, enviados a ser Buena Noticia de sanación y liberación de parte de Dios.

B) **Eclesialidad;** Somos Iglesia, en nombre de toda la Iglesia se nos envía a ser portadores de la Palabra y acción de toda la comunidad, en esta misión fundamental caritativa de la Iglesia.

C) **Coordinación;** posibilitada en los distintos encuentros de los voluntarios y capellanes en las reuniones del Secretariado de Pastoral Penitenciaria, axial como también, muy importante en este punto, con la dirección del Centro y Subdirección de Tratamiento.

D) **Formación;** de los agentes de pastoral penitenciaria que trabajan en el centro, mediante las reuniones mensuales las tenemos un espacio formativo distribuido en temas que nos sirven de formación espiritual como técnica(Temas jurídicos, psicológicos, etc.).

E) Por último, **Sensibilización- prevención**; comenzando por nuestras comunidades parroquiales, movimientos eclesiales, religiosos… el mundo de la enfermedad mental y, en prisión es una tarea y responsabilidad de toda la Iglesia.

También es importante señalar nuestra presencia en foros, debates en centros públicos (simposios, encuentros, colegios públicos) que nos solicitan en muchas ocasiones nuestra presencia y testimonio del trabajo que realizamos.

Es un medio interesante para sensibilizar socialmente, sobre este problema que también es un problema que reclama una responsabilidad social y un trabajo de prevención en todas las instituciones sociales (familia, escuela, sanidad.).

Desde estos objetivos, puntos de actuación, voy a resaltar casi telegráficamente las distintas actividades que realizamos desde la pastoral penitenciaria en el Hospital Psiquiátrico;

- TALLERES DE FORMACIÓN BÍBLICA, con una grana aceptación por parte de los pacientes, en el descubrimiento y experiencia de un Dios sanador, misericordioso, que recorre y recoge nuestro sufrimiento, soledad. Taller dirigido a los tres módulos como al de mujeres.

- TALLER DE ORACIÓN Y VIDA.

- TALLER DE MANUALIDADES ARTISTICAS, dirigidas a los tres módulos, en los que se trabaja los laminados, cuadros en relieve, estaño etc.

- TALLER DE HABILIDADES SOCIALES, DIÁLOGO Y ESCUCHA, dirigido al módulo de mujeres.

- TALLER LITÚRGICO; CORO DE LAS CELEBRACIONES.

- TALLER DE VALORES DIAPOSITIVAS, dirigido a los tres módulos,

- TALLER DE MANUALIDADES, dirigido al Módulo de mujeres, (muñequería, pulseras, marroquinería etc.

- SALIDAS TERAPÉUTICAS; Éstas las realizo yo como capellán. A instancias de una petición que realizó el señor Director, D: Miguel Casillas, que participara en este programa de intervención del Centro, al cual agradezco su atención y colaboración con nuestra pastoral. Consiste en la salida en un día fuera del centro, con un grupo de 4 a 5 pacientes, paseo, almuerzo sobremesa, les permite entrar en contacto con la "calle", con la realidad social a la cual queremos que se vayan "integrando",vayan normalizándose a su vida en sociedad.

Éstas son las tareas y talleres que realizamos. Por último destacar dos recursos, Las dos casa de acogidas, una de hombres “la Casa del padre Arrupe” para hombres, y “la casa de Santa Luisa de Marillac”, para mujeres, gestionada la primera por el hermano jesuita Jorge Jordá, y la segunda, por las Hijas de la caridad de San Vicente de Paúl. Lugares que acogen pacientes que disfrutan de los primeros permisos de varios días debidos a que geográficamente están lejos de sus lugares de origen, recordar que en España sólo hay dos Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, como muchos de ellos, no tienen apoyo familiar fuera, debido a que los delitos fueron cometidos en el ámbito familiar.

Nada más, no dispongo de más tiempo. Sólo terminar con una reflexión, cómo no, desde unas palabras del evangelio de Lucas 13, 6-9;

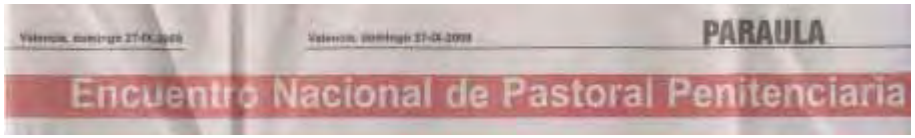
“ *Les dijo esta Parábola.” Un hombre tenía plantada una higuera en su viña; fue a buscar fruto en ella y no la encontró. Dijo entonces al viñador ya hace tres años que vengo a buscar fruto en esta higuera y no lo encuentro. Córtala, ¿Para qué ha de ocupar inútilmente terreno?. Pero él respondió; “señor, déjala por este año todavía. Mientas tanto cavaré a su alrededor y echaré abono, por si de fruta en adelante. Y si no lo da, la cortarás.”*

Pienso que nuestra tarea como agentes de pastoral penitenciaria, axial como la el mismo personal del Centro, psicólogos, educadores, terapeutas, y la misma administración deberíamos trabajar como el viñador, con delicadeza, “paciencia histórica”, y cargados con la esperanza que las “higueras “ , las personas con las cuales estamos trabajando, “estigmatizadas”, rechazadas socialmente y con la etiqueta de no tener futuro, esperamos que con este trabajo delicado y esperanzado, den mucho fruto en beneficio de ellos mismos y de nuestra propia sociedad.

Muchas gracias por su atención y muy buenos días.



Prensa



VII ENCUENTRO NACIONAL DE PASTORAL PENITENCIARIA EN VALENCIA

El viernes 18 y el sábado día 19 tendrá lugar en el Centro Cultural Bancaja de Valencia el VII Encuentro Nacional de Pastoral Penitenciaria sobre enfermos mentales en la prisión

Valencia acogerá los días 18 y 19 de septiembre un encuentro nacional de Pastoral Penitenciaria, organizado por la Conferencia Episcopal Española (CEE). El congreso, que versará sobre los enfermos mentales y su situación en las prisiones, contará con la participación de obispos, religiosos, jueces, fiscales, representantes de instituciones penitenciarias, voluntarios y capellanes de prisiones.

El encuentro será presentado en el Centro Cultural Bancaja, sito en la plaza Tetuán, 23 de Valencia, el día 18 a las 11 horas, dentro del acto inaugural, por monseñor **Santiago García Aracil**, arzobispo de Mérida-Badajoz y presidente de la comisión episcopal de Pastoral Social de la CEE.

Está previsto que la mesa presidencial esté compuesta por monseñor **Carlos Osoro**, arzobispo de Valencia; **Ricardo Peralta**, delegado del Gobierno en la Comunitat Valenciana; **Juan Cotino**, vicepresidente de la Generalitat Valenciana y conseller de Agua y Medio Ambiente; **Alfonso Rus,** presidente de la Diputación de Valencia; **Rita Barberá**, alcaldesa de Valencia; **Juan Luis de la Rúa**, presidente del Tribunal Superior de Justicia de la Comunitat Valenciana; **Mercedes Gallizo**, secretaria general de Instituciones Penitenciarias; y **Florencio Roselló Avellanas,** superior de la provincia de Aragón de la orden de la Merced.

En las diferentes ponencias participarán también, entre otros, monseñor **Vicente Jiménez,** obispo de Santander y encargado de la Pastoral Penitenciaria en la CEE; **Ramón Cánovas**, director del Centro Penitenciario de Picassent; **José María Tomás Tío,** presidente de la sección segunda de la Audiencia Provincial de Valencia; o el religioso mercedario **José Sesma**, director del departamento de Pastoral Penitenciaria de la CEE.

En las ponencias y mesas redondas se abordará la problemática de los enfermos mentales en el cumplimiento de penas en prisión, los programas de atención actuales para ellos, la respuesta social a sus patologías o la atención pastoral que reciben en la Iglesia.

Asimismo, el encuentro presentará "**alternativas al cumplimiento de las penas en psiquiátricos penitenciarios para enfermos mentales"**, según ha explicado a la agencia AVAN **Juan Carlos Fortón**, director del secretariado de Pastoral Penitenciaria del Arzobispado de Valencia. Fortón ha añadido que, ante el **"aumento del número de enfermos mentales en prisión, es necesario mejorar la atención a este colectivo para prevenir las conductas delictivas que les llevan a la cárcel, así como el cuidado y acompañamiento una vez salen, ya que muchas veces sus familias se ven desbordadas".**

Durante las jornadas se profundizará, además, en la figura del religioso mercedario Juan Gilabert Jofré (1350-1417), al celebrarse este año el 600 aniversario de su célebre sermón en la Catedral de Valencia que dio origen al primer hospital psiquiátrico del mundo en la capital valenciana. El encuentro concluirá el día 19 con una eucaristía que presidirá monseñor **García Aracil.**



Así son los voluntarios de la cárcel

“En contra de lo que pueda pensar la gente, los voluntarios nos sentimos muy seguros al lado de los presos”, explica Geles Orti, responsable de la ONG Obra Mercedaria de Valencia, “una institución que pretende ofrecer ona respuesta ante el reto de los hombres y mujeres privados de libertad, y el mundo marginal del que son expresión”.

Esta ONG lleva programas en el centro penitenciario de Picassent con enfermos mentales, mujeres, jóvenes y reclusos de tercer grado. “Contamos además con un programa de reinserción laboral y otro para personas que ya están en la calle”.

Junto a ella están Ismael Giménez Benavent y José Maria Jiménez Ambel, gran canciller y caballero, respectivamente de la Real Orden de Caballeros de Santa Maria de El Puig, muy vinculada a la Orden de la Merced y en cuyas funciones hay una encomienda de’ labor penitenciaria, de la que es responsable José Maria Jiménez.

“Actuamos dentro de la cárcel y les apoyamos con diversos talleres”, explica Ismael. “Además, hemos conseguido que una empresa ayude a buscar empleo a algunos de los presos con los que trabajamos”.

Esta encomienda penitenciaria colabora y está en intima relación con Domus Pacis-Casal de la Pau, Asociación de Utilidad Pública, cuya actividad se centra en la atención a personas reclusas, ex reclusas o en riesgo de reclusión, que carecen de vinculación familiar y de medios materiales, proporcionándoles una atención personalizada, con ayuda jurídica, laboral, albergue, cuidados médicos, etc.

Más información en Obra Mercedaria. C/Botánico, 22 bajo. Tel.: 96.392.49.02 y en Real Orden de Caballeros de Santa María de El Puig. C/ Jorge Juan, 14 der. Tel.: 96.352.85.21





“Los establecimientos penitenciarios son inadecuados para el tratamiento sanitario de los presos enfermos mentales”, fue la frase que más se repitió en el VII Encuentro Nacional sobre enfermos mentales que tuvo lugar en Valencia el pasado viernes 18 y sábado 19. A este punto se sumó el elogio a la constante labor seria y comprometida realizada por la Pastoral Penitenciaria y entidades como Cáritas, entre otras.

El acto de apertura del VII Encuentro Nacional sobre Enfermos Mentales comenzó pasadas las once de la mañana en el salón del actos del Centro Cultura Bancaja, y fue presidido por el obispo auxiliar de Valencia monseñor Enrique Benavent. Por la tarde se unió al evento monseñor Osoro a su vuelta de su viaje a Santander.

El encuentro fue organizado coincidiendo con el 600 aniversario del sermón del fraile mercedario Juan Gilabert Jofré (1350-1417) que propició la fundación en la capital valenciana del primer hospital psiquiátrico del mundo. El obispo auxiliar de Valencia monseñor Enrique Benavent señaló que esa fundación “generó en Valencia un movimiento de caridad y de apertura ante las nuevas formas de pobreza para tratar de paliarlas”.

Al mismo tiempo, don Enrique aseguró que “el hecho de que participen conjuntamente en estas jornadas representantes de la Iglesia y de instituciones públicas es un ejemplo de que podemos colaborar por el bien común” y deseó que el encuentro sirviera para “sembrar esperanza en el corazón de los presos”.

Por su parte, el superior de la provincia de Aragón de la orden de la Merced, Florencio Roselló, en su intervención aseguró que “es un gozo comprobar que el espíritu, la obra y el compromiso del padre Jofré están vivos”, y “su labor como ideólogo nos compromete a todos para seguir llevándolo a cabo”.

Roselló también recordó que la provincia de la orden de los mercedarios, redentora de cautivos, a la que pertenece atiende pastoralmente un total de 36 prisiones, con una población de 40.000 presos, en España, Guatemala, Panamá, El Salvador, Venezuela y Mozambique.

Pastoral Penitenciaria

El delegado del Gobierno en la Comunitat Valenciana, Ricardo Peralta, destacó el “tremendo valor de la Pastoral Penitenciaria”, que es percibida “primeramente por quienes se benefician directamente de ella, pero además repercute en el conjunto de una sociedad que requiere de este tipo de valores”.

Por otro lado, el secretario autonómico de Autonomía Personal y Dependencia, Joaquín Martínez, lamentó la “grave situación que padecen en general estas personas, que sufren un doble estigma, por estar presos y por padecer una patología mental”.

Durante distintas intervenciones también se mencionó el antiguo psiquiátrico de Bétera. En este sentido, la diputada provincial de Bienestar Social, Amparo Mora, recordó la “vinculación histórica de la Diputación de Valencia con la atención a los enfermos mentales”, a través de instituciones como “el antiguo psiquiátrico Padre Jofré o el complejo socio-sanitario de Bétera” y expresó su deseo de que se sigan promoviendo iniciativas a favor de las personas con patologías mentales, como este encuentro.



Alternativas

Virgilio Valero, director general de Instituciones Penitenciarias del ministerio del Interior, habló de las “dificultades que hay dentro de las prisiones para poder atender a las personas con problemas psicopatológicos”. Entre las alternativas que expuso destaca la necesidad de crear centros polivalentes que sean alternativas a los dos únicos centros penitenciarios que existen en España, el de Alicante y el de Sevilla. “Ambos centros están al límite de su capacidad” y desde su punto de vista “el 30% de los enfermos mentales presos que cumplen condenas de menos de dos años podrían estar en otros centros ordinarios”.

Para Valero otra alternativa es que, en el ámbito nacional, “cada área territorial sea la que cree unidades psiquiátricas en las que se desarrolle el Programa de Ayuda Integral a Enfermos Mentales (PAIEM) con equipos formados por profesionales de la salud como médicos, enfermeros, psiquiatras, psicólogos y educadores sociales”. Además, considera necesaria la creación de más hospitales penitenciarios y otros ‘recursos puente’ entre las cárceles y los hospitales que se dediquen a analizar a los internos para que puedan excarcelarse a centro externos.

Valero incidió en la necesidad del voluntariado en las prisiones al que llamó ‘Tercer Sector’. “Contamos y confiamos en los 5.000 voluntarios procedentes de Pastoral Penitenciaria, Cáritas y otras ONG que participan en la reintegración de los presos enfermos mentales en la sociedad”.

Acogida y tratamiento

Pedro Hidalgo Caballero, director General de Personas con Discapacidad y Dependencia de la Consellería de Bienestar Social, habló por un lado de las distintas posibilidades que desde la Generalitat Valenciana se ofrecen a este tipo de enfermos. Durante su intervención se refirió a los 15 CRIS, centros de rehabilitación e integración social que cuentan con 938 plazas, “muy reconocidos en nuestra comunidad y que están dando muchos frutos”; de las 203 plazas en los CEEM (Centros Específicos para enfermos mentales) que funcionan como residencias de 24h. para personas con déficit psicosocial; y de los Hogares Funcionales de ayuda tutelada.

Sin embargo, lo más destacado fue el adelanto de algunos puntos del nuevo Plan Integral de Atención a personas con Discapacidad para el 2009-2015, puesto en marcha este año, y al que se va a destinar 486 millones de euros.

El Plan “coordina los recursos que hasta ahora ofrecen a este colectivo la Conselleria de Sanidad y la de Bienestar Social, con el fin de atender de manera integral, a las personas con discapacidad por enfermedad mental y posibilitar que mejoren su calidad de vida, además de promover su autonomía personal y favorecer su integración social”.

Con este plan sociosanitario, Hidalgo explicó que “la Generalitat pretende mejorar la atención de las personas con enfermedad mental

y sus familias, con criterios de proximidad, mediante estrategias de accesibilidad y equidad para la población, de forma que llegará a todas las personas que lo necesiten, sea cual sea la localidad en la que residan".

En este sentido, añadió que "la prescripción del centro se realizará en función de la necesidad temporal del paciente, pudiendo ser atendido tanto en centros hospitalarios, residencias o viviendas tuteladas, como en centros de día o en el ámbito familiar". "Nuestro objetivo -concluyó- es que la red asistencial para enfermos mentales llegue a todas las comarcas de la Comunitat".

Problemática de los enfermos

"Los integrantes del Poder Judicial nos preocupamos de las personas, o más concretamente de la persona de forma individual, de su historia y su problemática particular", afirmaba José Mª Tomás Tío, Magistrado Presidente de la Sección Segunda de la Audiencia Provincial de Valencia que incidió en el hecho de saber si el sistema de control que se le aplica al preso es el adecuado y, sobre todo, en los problemas generados de su reinserción y de las ayudas y apoyos que necesitan estos presos. "Es importante resaltar la figura de la mediación penitenciaria ya que ésta es la fórmula idónea para abordar los problemas que no tienen un fácil solución".

El psiquiatra forense Santiago Rincón abordó también la cuestión del cumplimiento de las penas por parte de los enfermos mentales, cuestionándose en dónde se cumplen estas penas y si pueden quedar en libertad como cualquier otro preso. "Está en juego la seguridad de las familias y de la sociedad porque las medidas de control actuales están fallando. Deben haber psiquiatras en la prisión coordinados con la Seguridad Social", subrayó. Asimismo destacó que si los presos que sufren trastornos de la personalidad pasan a considerarse enfermos mentales, aumentará mucho el número de presos que requieran un tratamiento especial.

En este sentido, Nuria Vañó, juez de Vigilancia Penitenciaria en Villena, destacó que en la actualidad hay muchos más enfermos mentales de los que están catalogados y que necesitan ayudas especiales que se pueden ver fomentadas por salidas programadas de la prisión, trabajos remunerados adecuados a su condición o cumplimiento de las penas en centros de reinserción. Como dato curioso destacó que los presos enfermos mentales, no son objeto de más expedientes disciplinarios que el resto de presos a pesar de que por su enfermedad parecería lógico que así fuera porque suelen ser violentos y con falta de control.

Y es que tal y como señalaron Sabina Cervera y Esther Rojo no hay módulos especiales para los enfermos mentales, están en la enfermería o con el resto de presos, por lo que las condenas pueden resultar ineficaces, al no tener los enfermos sentido de la pena.

Es importante resaltar el hecho de que el aspecto terapéutico debe prevalecer sobre el de seguridad siempre que esté vinculado a la reinserción social. Y destacaron el divorcio que existe entre administración de justicia y administración sanitaria: "No existen en la actualidad centros psiquiátricos penitenciarios. Son enfermos pero también delincuentes, y eso requiere de ciertas medidas de seguridad, no pueden estar internados en centros psiquiátricos normales".

Pablo Gómez Escolar, fiscal de Vigilancia Penitenciaria en Alicante, destacó que los enfermos mentales no deberían estar en centros que no son los adecuados. A ello añadió que "sería necesario crear una red única penal-civil y establecer distintos niveles de seguridad, porque ahora, aunque el enfermo mejore, no puede salir porque no hay otros centros donde ingresarlo".



Archivalencia. Viernes 18 de Septiembre de 2009

El director general de Instituciones Penitenciarias elogia en Valencia el trabajo "serio y comprometido" de la Iglesia a favor de los enfermos mentales presos

En el encuentro de Pastoral Penitenciaria organizado desde hoy por la Conferencia Episcopal

VALENCIA, 18 SEP. (AVAN).- El director general de Instituciones Penitenciarias del ministerio del Interior, Virgilio Valero, ha elogiado esta mañana en Valencia el trabajo “serio y comprometido de la Pastoral Penitenciaria y de entidades como Cáritas, entre otras,” en la atención de los enfermos mentales presos.

Valero, que ha participado en la jornada inaugural del encuentro nacional de Pastoral Penitenciaria, organizado por la Conferencia Episcopal Española (CEE) en la capital valenciana, ha agradecido “muy sinceramente” la “constante labor” de la Iglesia en el ámbito penitenciario, en el que “la situación de las personas con trastornos psicológicos es grave”, por lo que “es necesaria la colaboración entre instituciones públicas y privadas”.

A su vez, el arzobispo de Valencia, monseñor Carlos Osoro, que ha acudido al encuentro esta tarde, a su regreso de Santander, donde ha recibido el título de “Hijo Adoptivo”, ha agradecido a los integrantes y colaboradores de la Pastoral Penitenciaria su labor de ayuda a los presos, entre ellos los que padecen enfermedades mentales.

El prelado ha destacado la figura del fraile mercedario Juan Gilabert Jofré (1350-1417), fundador en la capital valenciana del primer hospital psiquiátrico del mundo.

La jornada inaugural del encuentro ha sido presentada esta mañana por el obispo de Santander y encargado de la Pastoral Penitenciaria de la CEE, monseñor Vicente Jiménez. El prelado ha afirmado que la Iglesia “debe hacerse promotora de la dignidad humana, también de los que han errado y han cometido delitos y crímenes, especialmente los enfermos mentales presos”.

A su vez, el obispo auxiliar de Valencia monseñor Enrique Benavent ha señalado que la fundación del hospital psiquiátrico por el “padre Jofré” “generó en Valencia un movimiento de caridad y de apertura ante las nuevas formas de pobreza para tratar de paliarlas”. El prelado ha expresado su deseo de que el encuentro sea “un estímulo” para continuar la labor de ayuda a los enfermos mentales y ha asegurado que “el hecho de que participen conjuntamente en estas jornadas representantes de la Iglesia y de instituciones públicas es un ejemplo de que podemos colaborar por el bien común”.

"TREMENDO VALOR DE LA PASTORAL PENITENCIARIA"

Por su parte, el delegado del Gobierno en la Comunitat Valenciana, Ricardo Peralta, ha destacado el “tremendo valor de la Pastoral Penitenciaria”, que es percibida “primeramente por quienes se benefician directamente de su labor, pero además repercute en el conjunto de una sociedad que requiere de este tipo de valores”.

Mientras, el secretario autonómico de Autonomía Personal y Dependencia, Joaquín Martínez, ha lamentado la “grave situación

que padecen en general estas personas, que sufren un doble estigma, por estar presos y por padecer una patología mental".



Igualmente, la diputada provincial de Bienestar Social, Amparo Mora, ha recordado la "vinculación histórica de la Diputación de Valencia con la atención a los enfermos mentales", a través de instituciones como "el antiguo psiquiátrico Padre Jofré o el complejo socio-sanitario de Bétera". Mora también ha deseado que se sigan promoviendo iniciativas a favor de las personas con patologías mentales, como el encuentro que "la Conferencia Episcopal ha lanzado con gran acierto".

Asimismo, la concejala de Sanidad y Consumo del Ayuntamiento de Valencia, Lourdes Bernal, ha incidido en que "la cárcel no es el sitio adecuado para que los enfermos recuperen su salud" y ha nombrado al "padre Jofré" como ejemplo de "virtud a la hora de saber atender a los enfermos mentales".

"EL ESPÍRITU Y LA OBRA DEL PADRE JOFRÉ ESTÁN VIVOS"

Finalmente, el superior de la provincia de Aragón de la orden de la Merced, Florencio Roselló, ha asegurado que "el espíritu y la obra del padre Jofré están vivos", lo que supone "un compromiso para mantenerlos". De igual modo, ha recordado que la provincia de la orden de los mercedarios a la que pertenece atiende pastoralmente un total de 36 prisiones, con una población de 40.000 presos, en España, Guatemala, Panamá, El Salvador, Venezuela y Mozambique.

El VII Encuentro Nacional "Enfermos Mentales-Prisión", que se desarrollará hasta mañana en el Centro Cultural Bancaja, ha sido organizado coincidiendo con el 600 aniversario del sermón del fraile mercedario Juan Gilabert Jofré que dio origen a la creación en la capital valenciana al primer hospital psiquiátrico del mundo.

El congreso, que versa sobre los enfermos mentales y su situación en las prisiones, cuenta con la participación de obispos, religiosos, jueces, fiscales, representantes de instituciones penitenciarias, voluntarios y capellanes de prisiones.

Sábado 19 de Septiembre de 2009

El encuentro de Pastoral Penitenciaria de Valencia pide reformas legales para mejorar la atención a los enfermos mentales presos

Organizado por la Conferencia Episcopal, ha concluido hoy

VALENCIA, 19 SEP. (AVAN).- El obispo de Santander y encargado de la Pastoral Penitenciaria de la Conferencia Episcopal

Española (CEE), monseñor Vicente Jiménez, ha pedido esta mañana en Valencia que se acometan reformas legales para mejorar la atención a las personas presas que padecen enfermedades mentales.

Según el prelado, "los establecimientos penitenciarios son inadecuados para su tratamiento sanitario", y esas reformas contribuirían no sólo a que los enfermos puedan recuperar o mejorar su salud, sino también "a su reintegración familiar y social, al estar forzosamente alejados del trato afectivo de sus familiares y de su entorno socio-cultural".

Monseñor Jiménez, que ha pronunciado la ponencia final del VII "Encuentro Nacional sobre Enfermos Mentales-Prisión", organizado por la CEE, ha instado "a las autoridades competentes a que hagan legalmente posible que las medidas de seguridad impuestas a enfermos mentales en las que no prime la función de retención y custodia sobre la asistencial se cumplan en dispositivos asistenciales comunitarios, cerca de la familia, y no en un psiquiátrico penitenciario, a fin de evitarle el desarraigo adicional".



Igualmente, monseñor Jiménez ha exhortado a las delegaciones diocesanas de Pastoral Penitenciaria y de Pastoral de la Salud a que promuevan "la atención preventiva a los enfermos mentales más desfavorecidos y con patologías de mayor gravedad, especialmente en los casos de previsible final con imputación judicial", así como el acompañamiento a los presos y, "para los casos necesarios, la creación de recursos para su acogida para cuando salgan en libertad".

El obispo encargado de la Pastoral Penitenciaria de la CEE, que ha afirmado que el 25 por ciento de los reclusos en España sufren algún tipo de patología psíquica, ha recordado que la Iglesia defiende la "inviolable dignidad de los enfermos mentales presos", por lo que "nuestra dedicación a ellos debe caracterizarse no sólo por la competencia profesional y técnica, sino por la humanización".

Mons. Vicente Jiménez pide especial atención para los enfermos mentales con carácter preventivo y tras su salida de prisión

A su vez, el arzobispo de Mérida-Badajoz y presidente de la comisión episcopal de Pastoral Social de la CEE, el valenciano monseñor Santiago García Aracil, ha asegurado a la agencia AVAN que los integrantes de la Pastoral Penitenciaria en España son "cada vez más y con edades más variadas, incluyendo una fuerte presencia de jóvenes, con un entusiasmo y una dedicación ejemplares". El prelado ha añadido que "me consta que los internos reconocen, aprecian y piden su presencia y labor, al igual que las autoridades civiles y políticas".

Por su parte, el director del Centro Penitenciario de Picassent, Ramón Cánovas, quien ha presentado la ponencia de monseñor Jiménez, ha elogiado la "extraordinaria capacidad de la Pastoral Penitenciaria de responder a las nuevas realidades y problemas que surgen en las prisiones". Asimismo ha considerado que "hay que sistematizar la formación religiosa" en las cárceles, ya que "el amor, la caridad, la esperanza y la capacidad de reconstruir la vida propias, que es lo nuestro como católicos, son aportaciones necesarias en el ámbito penitenciario".

El encuentro, que ha concluido esta mañana con una eucaristía presidida por monseñor García Aracil en la iglesia de la casa natal de san Vicente Ferrer, ha sido organizado coincidiendo con el 600 aniversario del sermón del fraile mercedario Juan Gilabert Jofré (1350-1417) que propició la fundación en la capital valenciana del primer hospital psiquiátrico del mundo.

Previamente, el vicepresidente tercero de la Generalitat, Juan Cotino, ha saludado a los participantes en el Encuentro.

Las jornadas se iniciaron ayer en el Centro Cultural Bancaja y han contado con la participación de obispos, religiosos, jueces, fiscales, representantes de instituciones penitenciarias, voluntarios y capellanes de prisiones.

PIE DE FOTO:
Ramón Cánovas, monseñor Vicente Jiménez, monseñor Santiago García Aracil y Juan Cotino (de izq. a dra.).


PARAULA

La cárcel no es el lugar adecuado para los enfermos mentales presos

Encuentro Nacional de Pastoral Penitenciaria

Así son los voluntarios de la cárcel

PARAULA

Por SIC el 19 de Septiembre de 2009

El obispo de Santander y encargado de la Pastoral Penitenciaria de la Conferencia Episcopal Española (CEE), monseñor Vicente Jiménez, ha pedido esta mañana en Valencia que se acometan reformas legales para mejorar la atención a las personas presas que padecen enfermedades mentales, según ha informado la agencia AVAN, del Arzobispado de Valencia.

Según el prelado, "los establecimientos penitenciarios son inadecuados para su tratamiento sanitario", y esas reformas contribuirían no sólo a que los enfermos puedan recuperar o mejorar su salud, sino también "a su reintegración familiar y social, al estar

forzosamente alejados del trato afectivo de sus familiares y de su entorno socio-cultural".

Monseñor Jiménez, que ha pronunciado la ponencia final del VII "Encuentro Nacional sobre Enfermos Mentales-Prisión", organizado por la CEE, ha instado "a las autoridades competentes a que hagan legalmente posible que las medidas de seguridad impuestas a enfermos mentales en las que no prime la función de retención y custodia sobre la asistencial se cumplan en dispositivos asistenciales comunitarios, cerca de la familia, y no en un psiquiátrico penitenciario, a fin de evitarle el desarraigo adicional". Igualmente, monseñor Jiménez ha exhortado a las delegaciones diocesanas de Pastoral Penitenciaria y de Pastoral de la Salud a que promuevan "la atención preventiva a los enfermos mentales más desfavorecidos y con patologías de mayor gravedad, especialmente en los casos de previsible final con imputación judicial", así como el acompañamiento a los presos y, "para los casos necesarios, la creación de recursos para su acogida para cuando salgan en libertad".

El obispo encargado de la Pastoral Penitenciaria de la CEE, que ha afirmado que el 25 por ciento de los reclusos en España sufren algún tipo de patología psíquica, ha recordado que la Iglesia defiende la "inviolable dignidad de los enfermos mentales presos", por lo que "nuestra dedicación a ellos debe caracterizarse no sólo por la competencia profesional y técnica, sino por la humanización".

A su vez, el arzobispo de Mérida-Badajoz y presidente de la comisión episcopal de Pastoral Social de la CEE, el valenciano monseñor Santiago García Aracil, ha asegurado a la agencia AVAN que los integrantes de la Pastoral Penitenciaria en España son "cada vez más y con edades más variadas, incluyendo una fuerte presencia de jóvenes, con un entusiasmo y una dedicación ejemplares". El prelado ha añadido que "me consta que los internos reconocen, aprecian y piden su presencia y labor, al igual que las autoridades civiles y políticas".

Por su parte, el director del Centro Penitenciario de Picassent, Ramón Cánovas, quien ha presentado la ponencia de monseñor Jiménez, ha elogiado la "extraordinaria capacidad de la Pastoral Penitenciaria de responder a las nuevas realidades y problemas que surgen en las prisiones". Asimismo ha considerado que "hay que sistematizar la formación religiosa" en las cárceles, ya que "el amor, la caridad, la esperanza y la capacidad de reconstruir la vida propias, que es lo nuestro como católicos, son aportaciones necesarias en el ámbito penitenciario".

El encuentro, que ha concluido esta mañana con una eucaristía presidida por monseñor García Aracil en la iglesia de la casa natal de san Vicente Ferrer, ha sido organizado coincidiendo con el 600 aniversario del sermón del fraile mercedario Juan Gilabert Jofré (1350-1417) que propició la fundación en la capital valenciana del primer hospital psiquiátrico del mundo.

Previamente, el vicepresidente tercero de la Generalitat, Juan Cotino, ha saludado a los participantes en el Encuentro.

Las jornadas se iniciaron ayer en el Centro Cultural Bancaja y han contado con la participación de obispos, religiosos, jueces, fiscales, representantes de instituciones penitenciarias, voluntarios y capellanes de prisiones