

El enfermo mental en el medio penitenciario

Anabel Cerezo Domínguez
Universidad de Málaga

www.uma.es/criminologia



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

El internamiento en centro psiquiátrico como medida de seguridad privativa de libertad (arts. 96.2 y 101 CP)

- Conexión entre medidas de seguridad y peligrosidad criminal del sujeto (arts. 1.2., 6.1 y 95.1CP)
- Categorías de estado peligroso (art. 20 y 21.1CP)
- Principio de proporcionalidad (art. 6.2CP)
- Concurrencia de penas y medidas privativas de libertad (art. 99CP)

www.uma.es/criminologia



MÁLAGA

NATURALEZA Y FUNDAMENTO: La Peligrosidad Criminal como presupuesto de aplicación:

*Conexión entre medidas de seguridad y la peligrosidad criminal del sujeto:

Art. 6.1 CP: “Las medidas de seguridad se fundamentan en la peligrosidad criminal del sujeto al que se impongan, exteriorizada en la comisión del hecho previsto como delito”

La peligrosidad criminal está sometida a los principios de legalidad formal y material (art. 1.2 CP)

Pues la peligrosidad criminal constituye el supuesto de hecho, “el tipo”, de las medidas de seguridad

Estos principios son aplicables al conjunto de elementos constitutivos de la peligrosidad criminal

Art. 95.1 CP: Peligrosidad criminal → Las medidas de seguridad sólo podrán ser aplicadas cuando concurren los presupuestos establecidos previamente por ley

- Previa comisión de un hecho delictivo
 - Supone excluir pronósticos de peligrosidad criminal predelictuales
- Probabilidad de comisión futura de nuevos delitos
 - Implica juicio de probabilidad referido a posibles comportamientos futuros teniendo en cuenta la categoría de estado peligroso, el delito cometido, la personalidad del sujeto y su circunstancia de vida

1. Concepto de estado peligroso:

- Alude a una tipología criminológica cuyo poseedor muestra con frecuencia peligrosidad criminal

Determinar el estado peligroso al que pertenece o en el que se integra el sujeto. Art. 95.1 C. P

2. Categorías de estado peligroso legalmente previstas:

Situaciones de INIMPUTABILIDAD (art. 20 CP):

- a) Padecimiento de una anomalía o alteración psíquica.
- b) Trastorno mental transitorio.
- c) Estado de intoxicación plena o bajo síndrome de abstinencia.

d) Padecimiento de alteraciones en la percepción de la realidad desde el nacimiento.

Situaciones de SEMIIMPUTABILIDAD (art. 21.1 CP):

a) Situaciones similares a las anteriores pero carecen de alguno de los requisitos que eximen de responsabilidad.

Principio de proporcionalidad

Regulado en artículo 6.2 CP

La medida de seguridad ha de ser proporcional a la gravedad del delito y a la peligrosidad del autor

Contenido:

1. Que la medida de seguridad no puede ser más gravosa que la pena abstracta prevista para el hecho cometido
2. Que la duración de la medida no podrá exceder de la de la pena abstracta prevista para el hecho cometido (El juez ha de fijar el límite máximo en la sentencia)
3. Que la duración de la medida no puede exceder el límite de lo necesario para prevenir la peligrosidad del autor
4. Sólo pueden imponerse medidas privativas de libertad si por el hecho cometido se hubiera podido imponer (inimputabilidad) o se hubiera impuesto (semimputabilidad) una pena privativa de libertad

El internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si el sujeto hubiese sido declarado responsable

Doble vía o sistema vicarial: Se procederá al cumplimiento sucesivo, siempre que no quepa el cumplimiento simultáneo

Se cumple en primer lugar la medida de seguridad por razones preventivo especiales

El tiempo de cumplimiento de la medida se descontará del de cumplimiento de la pena

Puede renunciarse a la ejecución de la pena restante y suspender la ejecución del resto de la pena cuando la prisión resulte innecesaria o se ponga en peligro el resultado de la medida

Hospitales psiquiátricos penitenciarios

- Regulación: arts. 7c y 11 LOGP y arts 183 a 191 RP
- Principales problemas:
 - Localización y distribución territorial
 - Masificación
 - Deterioro o ausencia de vínculos del enfermo
 - Rasgos regimentales diferenciadores
 - No hay clasificación en grados ni régimen disciplinario sancionador
 - El equipo directivo de los hospitales psiquiátricos penitenciarios está completamente administrativizado y se carece de personal asistencial (faltan psiquiatras), lo que supone que primen los aspectos regimentales sobre los asistenciales

El artículo 7, apartado c) de la Ley orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria prevé la existencia de *establecimientos penitenciarios especiales*. El artículo 11 de la mencionada ley los define como aquéllos en los que prevalece el carácter asistencial, distinguiendo tres tipos: centros hospitalarios, centros psiquiátricos y centros de rehabilitación social.

Por su parte, el artículo 183 del Reglamento Penitenciario 190/1996 aprobado el 9 de febrero, diferencia entre establecimientos y unidades psiquiátricas penitenciarias, definiéndolos como aquellos centros especiales destinados al cumplimiento de las medidas de seguridad privativas de libertad aplicadas por los tribunales correspondientes. El primer grupo de establecimientos psiquiátricos penitenciarios se corresponde con los hospitales psiquiátricos penitenciarios, tal y como se deduce del artículo 10 del mismo Reglamento, que define el establecimiento como entidad arquitectónica, administrativa y funcional con organización propia. Las unidades psiquiátricas penitenciarias, que a día de hoy no se han puesto en funcionamiento, se integrarían en establecimientos polivalentes. Respecto a la ausencia de estas unidades, los Jueces de Vigilancia Penitenciaria, en el punto 18 de las conclusiones y acuerdos de su XII Reunión, instaron a la Administración penitenciaria a su creación, de modo que se pudiera satisfacer la demanda de atención psiquiátrica especializada en las diferentes áreas territoriales, sobre la base del imperativo contenido en el artículo 3.4 LOGP.

Independientemente de que se trate de un establecimiento o de una unidad psiquiátrica penitenciaria, ambos aparecen categorizados como establecimientos penitenciarios especiales y, en consecuencia, les es de aplicación la disposición del artículo 68.1 LOGP, a saber, en ellos se armonizará la finalidad específica del centro –en el presente caso, la atención psiquiátrica- con la del tratamiento penitenciario–que se define en el artículo 59 de la misma ley como el conjunto de actividades directamente dirigidas a la consecución de la reeducación y reinserción social de los penados-.

Respecto a los *criterios de localización* de estos establecimientos, el apartado primero del artículo 191 RP establece como criterios determinantes para fijar la ubicación y el diseño de las instalaciones psiquiátricas, 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 del espacio suficiente para el adecuado desarrollo de las actividades terapéuticas y rehabilitadoras. El apartado segundo plantea la *distribución territorial* de las instalaciones psiquiátricas penitenciarias de modo que favorezcan la rehabilitación de los enfermos a través del arraigo en su entorno familiar, mediante los correspondientes acuerdos y convenios con las administraciones sanitarias competentes, por parte de la Administración penitenciaria.

En relación con los *sujetos* que ingresan en los establecimientos o unidades psiquiátricas penitenciarias, el

artículo 184 RP los clasifica en tres grupos: a) los detenidos o presos con patología psiquiátrica, cuando la autoridad judicial decida su ingreso para observación, durante el tiempo que requiera la misma y la emisión del informe oportuno; b) las personas a las que se les aplica las circunstancias eximentes de la responsabilidad penal del artículo 20.1 y 21.1 CP, cuando se les haya sido aplicada una medida de seguridad de internamiento en centro psiquiátrico; y c) los penados que, conforme al artículo 60 CP, se les haya impuesto una medida de seguridad de internamiento en centro psiquiátrico por causa de enfermedad mental sobrevenida.

Según el artículo 3.4 LOGP, *“La administración penitenciaria velará por la vida, integridad y salud de los internos”*.

En relación a la localización de los centros penitenciarios ordinarios, el artículo 12 LOGP determina que la administración penitenciaria procurará que cada área territorial cuente con el número suficiente de establecimientos penitenciarios para satisfacer las necesidades penitenciarias y evitar el desarraigo social de los penados.

NO HAY CLASIFICACION EN GRADOS NI REGIMEN DISCIPLINARIO SANCIONADOR

El hospital psiquiátrico penitenciario de Fontcalent en Alicante se abrió en 1984 y se ocupa de la asistencia psiquiátrica penitenciaria de la totalidad del territorio nacional con la excepción de Extremadura, Canarias, Andalucía, Ceuta y Melilla, y Cataluña –que tiene las competencias transferidas en esta materia-, así como de la totalidad de la población penitenciaria femenina de toda España afectada por una enfermedad mental a la que se le haya impuesto una medida de seguridad. Tiene una capacidad de 371 camas.

El hospital psiquiátrico penitenciario de Sevilla, cuya fecha de inauguración data de junio de 1990, se encarga de la población penitenciaria masculina de las Comunidades Autónomas de Andalucía, Extremadura y Canarias, así como la de Ceuta y Melilla. Tiene una capacidad de 158 camas.

Del total de enfermos internados en Andalucía, el 54,41% cumplen medidas de seguridad superiores a los cuatro años, lo que implica que han sido condenados por un delito de especial gravedad -como pudiera ser un homicidio o un asesinato-, mientras que el 9,8% cumplen medidas de entre tres y cuatro años, el 8,33% de entre dos y tres, el 17,65% de entre uno y dos años, y un 9,8% menos de un año. Un poco más de la mitad de estos internos (el 56,92%) accedían a los centros con un tratamiento psiquiátrico previo, mientras que el 43,08% lo hacían sin tratamiento.

La estancia media de estas personas en los hospitales psiquiátricos era en 1999 de 2.121 días, mientras que en 2008 bajó a 1.170 días.

Alta incidencia de la enfermedad mental en las cárceles españolas

- **Defensor del Pueblo Andaluz.** *“La situación de los enfermos mentales internados en Centros Penitenciarios andaluces”* (1998)
- **Subdirección General de Sanidad Penitenciaria.** *“Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario”* (2007)
- **Grupo Preca.** *“Informe sobre Prevalencia de Trastornos Mentales en Centros Penitenciarios Españoles”* (2011)

El estudio se centraba en los enfermos mentales crónicos internos en las diferentes prisiones andaluzas, excluyendo de su trabajo a los enfermos mentales ocasionales. En 1998, la cifra de enfermos mentales crónicos en las prisiones de Andalucía alcanzaba los 370 sujetos, lo que suponía que el 2% de los internos que ingresaban en aquella época en prisión padecían una enfermedad mental crónica y, en última instancia, que el 4,35% de los presos andaluces eran, en aquellos momentos, enfermos crónicos.

Respecto a las características de la muestra, el Defensor del Pueblo Andaluz indicaba que se trataba de un núcleo de enfermos crónicos jóvenes, localizándose algunos casos significativos en personas mayores de 60 años. Por otro lado, las características sociales de este grupo de personas giraba en torno a cuatro consideraciones: se trataba de personas con un nivel cultural muy bajo, casi analfabeto; con un nivel económico muy bajo; cuya formación profesional era mínima; y en los que predominaban los supuestos en los que, además, concurría la ausencia de un apoyo familiar concreto, lo que, en definitiva, se puede resumir en un conjunto de individuos plenamente marginados o, como mínimo, en peligro de exclusión social, cuya enfermedad mental se suma al estigma de ser delincuentes. A toda esta situación se le suma la ausencia en aquel momento de cualquier tipo de mecanismo de reinserción social postpenitenciaria.

En el ámbito del tratamiento médico en prisión, el Defensor del Pueblo Andaluz destacaba ya en 1998 la falta de profesionales en prisión especializados en psiquiatría; y, en el ámbito del tratamiento social del enfermo mental en prisión, indicaba que la atención social prestada a estas personas se basaba fundamentalmente en los contactos familiares. Sin embargo, con frecuencia esta relación familiar estaba dañada o quebrada para los enfermos mentales. De la misma manera, señalaba la ausencia de clasificación en tercer grado y la no concesión de permisos de salida.

El Defensor del Pueblo Andaluz concluye este informe con la elaboración de ocho recomendaciones: la adopción de las medidas preventivas de orden social y sanitario para atender a los enfermos mentales crónicos sin apoyo familiar; la adopción de medidas concretas y eficaces para la dotación de los medios socio-sanitarios necesarios para la asistencia de los enfermos mentales crónicos que carecen de apoyo familiar o éste se muestre irrelevante; el establecimiento de programas específicos de coordinación para que los enfermos mentales que permanecen en prisión puedan recibir una asistencia psiquiátrica adecuada; la promoción de los recursos asistenciales necesarios para garantizar la función rehabilitadora de los enfermos mentales crónicos; la creación de una Institución tutelar pública, encargada del ejercicio de la tutela o curatela de los mayores de edad incapacitados legalmente; el desarrollo de acciones sociales y sanitarias concretas para dar acogida a los enfermos mentales crónicos que abandonan los centros penitenciarios carentes de apoyo familiar; la necesidad de que se desarrollen medidas de reinserción social y laboral de los enfermos mentales crónicos infractores, en la medida de lo posible y el establecimiento de


programas de tratamientos específicos de rehabilitación y reinserción social de los enfermos mentales crónicos internados en los centros penitenciarios.

En el año 2007, la propia Subdirección General de Sanidad Penitenciaria, se hace eco de este problema y publica un estudio al que denomina "*Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario*". En el mismo se recoge un estudio descriptivo transversal, con datos obtenidos a partir de la historia clínica de una muestra de 970 internos de 64 centros penitenciarios –excluyendo los psiquiátricos- de todo el territorio nacional.

El estudio concluye **que una de cada cuatro personas ingresada en los centros penitenciarios españoles presenta una patología psiquiátrica**, y si se incluye además la drogodependencia, la tasa aumenta a una de cada dos. Señala también el estudio que **entre los internos hay una probabilidad de 2 a 4 veces mayor de padecer un trastorno psicótico y una depresión mayor que la población en general, probabilidad que se eleva hasta 10 veces más cuando se trata de un trastorno antisocial de la personalidad.**

En el año 2011, se publicó el "*Informe de Prevalencia de Trastornos Mentales en Centros Penitenciarios Españoles (Estudio PRECA)*". Se trata de un estudio epidemiológico descriptivo transversal que pretende obtener datos fiables sobre trastornos mentales en la población reclusa en general, valiéndose para ello de una muestra de 707 internos de cinco centros penitenciarios distribuidos a lo largo de tres Comunidades autónomas –Cataluña, Madrid y Aragón-.

El estudio concluye que la prevalencia de la patología psiquiátrica entre los reclusos españoles es superior a la de la población general. De esta manera, en una muestra de población general española se estimó que la prevalencia de trastorno mental en varones en el año 2006 fue del 15,7%, mientras que en la población reclusa es alrededor de cinco veces más alta. Del mismo modo, señala la relevancia de la drogodependencia en el desarrollo de las enfermedades mentales, al observar que un 76% de los reclusos presentaba una historia de trastorno por consumo de sustancias –principalmente alcohol y cocaína- e, igualmente, la mayor parte de los presos con trastornos afectivos, de ansiedad o psicóticos tienen también una historia de consumo de drogas. De hecho, si se excluye la drogodependencia, se consigue una disminución importante en las tasas de enfermedad mental de los reclusos. Muy relacionando con esto, el estudio también indica que ocho de cada diez reclusos han sufrido a lo largo de su vida un trastorno mental –incluyendo el consumo de drogas-, y que cuatro de cada diez presentaban un trastorno mental en el año en que se llevó a cabo el estudio.




Programas para la mejora de las condiciones de los enfermos mentales en prisión

Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios (PAIEM)

Programa Puente de Mediación Social en Enfermedad Mental para los Centros de Inserción Social

www.uma.es/criminologia



IAIC
MÁLAGA

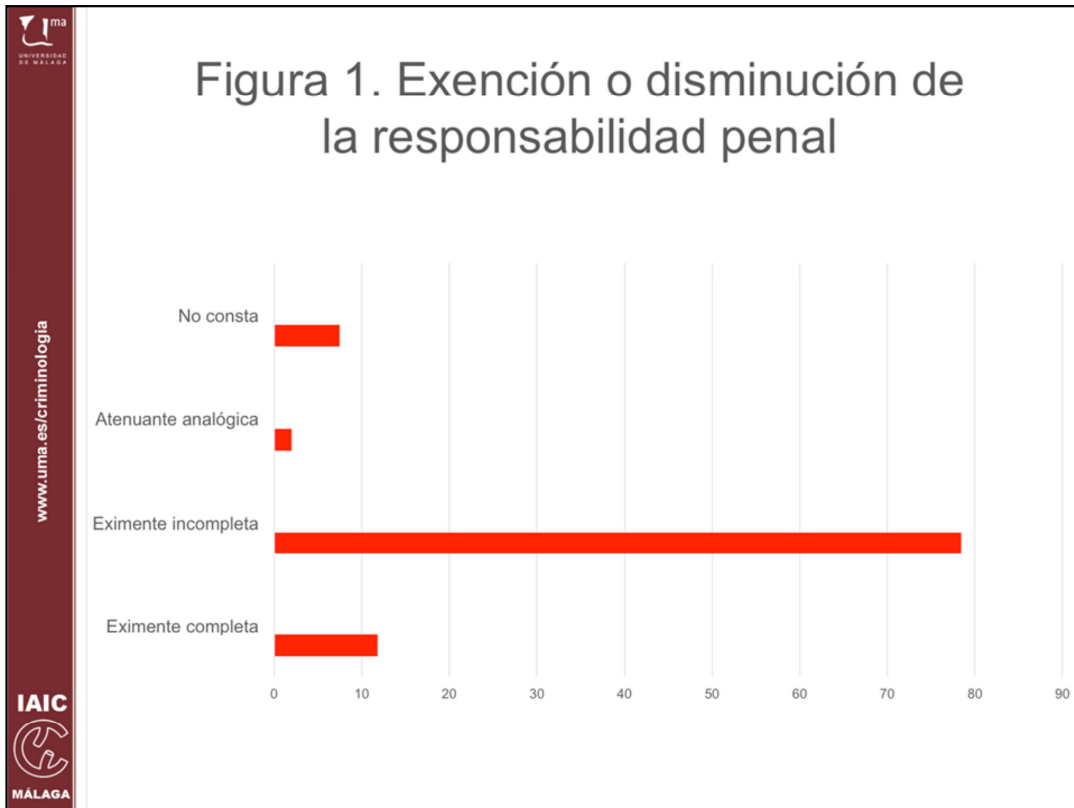
El PAIEM fija, con carácter general, tres objetivos de intervención: detectar, diagnosticar y tratar a todos los internos que sufran algún tipo de trastorno mental, mejorar la calidad de vida de los enfermos mentales, aumentando su autonomía personal y su adaptación al entorno y optimizar la reincorporación social y la derivación adecuada a un recurso sociosanitario comunitario. De este modo, plantea un modelo de intervención asistencial, cuyas líneas de actuación opera en los ámbitos de los tres objetivos sentados con anterioridad, consistiendo dichas actuaciones en la atención clínica –diagnóstico y tratamiento-, rehabilitación –elaboración del programa de intervención de acuerdo a las características clínicas y a la respuesta al tratamiento farmacológico, realizando una evaluación de habilidades y discapacidades, diseñando el programa de rehabEl Programa Puente de Mediación Social, cuya última versión es del año 2014, está pensando como un complemento del PAIEM, centrado en asegurar la continuidad del tratamiento asistencial del enfermo mental al que se le ha concedido el tercer grado o la libertad condicional. De este modo, va encaminado a consolidar un equipo multidisciplinar que trabaje desde los Centros de Inserción Social, denominado Unidad Puente, cuyo objetivo principal es coordinar a las diferentes administraciones implicadas para que el enfermo mental, sobre el que ha recaído algún tipo de responsabilidad judicial, tenga disponibles todos los recursos a los que tiene derecho para continuar su recuperación fuera de la institución penitenciaria.

ilitación, y a través de su ejecución y seguimiento- y la reincorporación social –la derivación progresiva y adecuada a los recursos sociosanitarios comunitarios-.

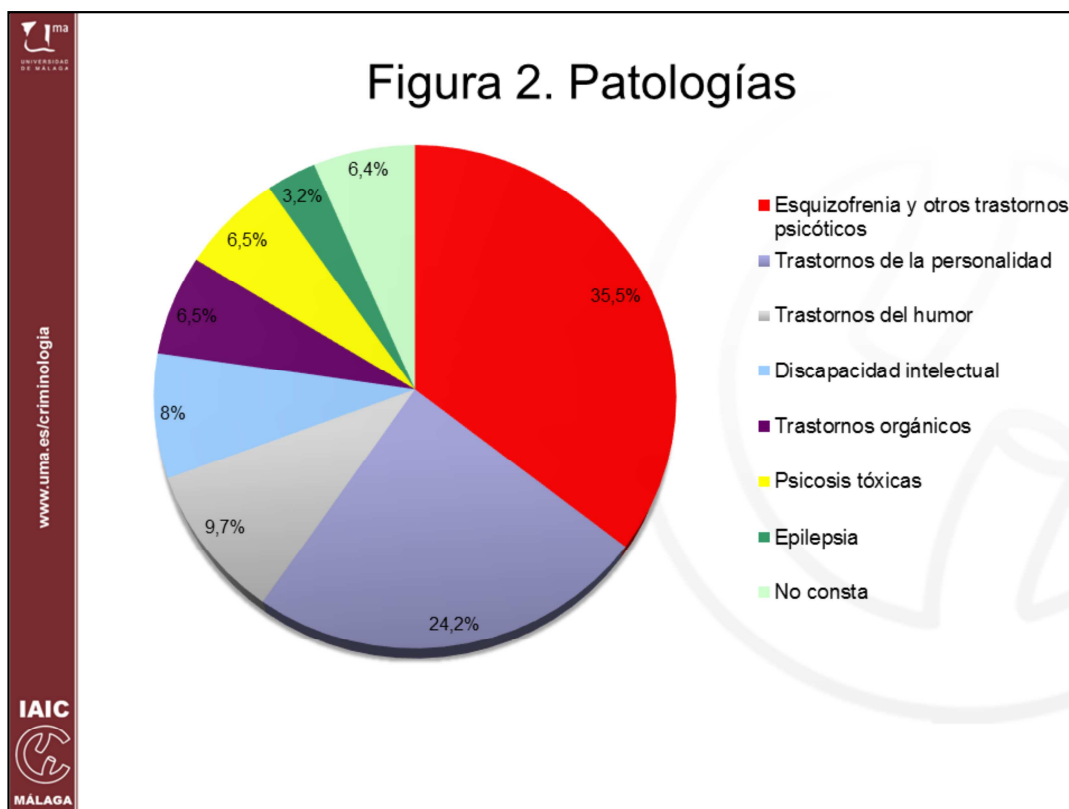
Estudio exploratorio

- Alhaurín de la Torre (muestra=51)
- Internos desde octubre 2007 a agosto 2014 que cumplen una medida de seguridad de internamiento
- Análisis de expedientes
- **Análisis de las características personales, médicas y jurídicas** (la concurrencia de eximente o atenuante, la patología, la drogodependencia, la tipología delictiva, los antecedentes penales, los antecedentes de ingreso en institución psiquiátrica, la duración de la medida y de la estancia en prisión, la existencia de tratamiento ambulatorio, el traslado a un centro psiquiátrico penitenciario, así como la existencia de medida de alejamiento)

En concreto, en el año 2014 había en España, sin contar la Comunidad autónoma de Cataluña, un total de 529 personas reclusas cumpliendo una medida de seguridad de internamiento psiquiátrico. Si a esa cifra le restamos las 397 personas internadas en los hospitales psiquiátricos penitenciarios de Sevilla y de Alicante, se obtiene un total de 132 internos que se encuentran cumpliendo una medida de seguridad en un centro penitenciario ordinario.



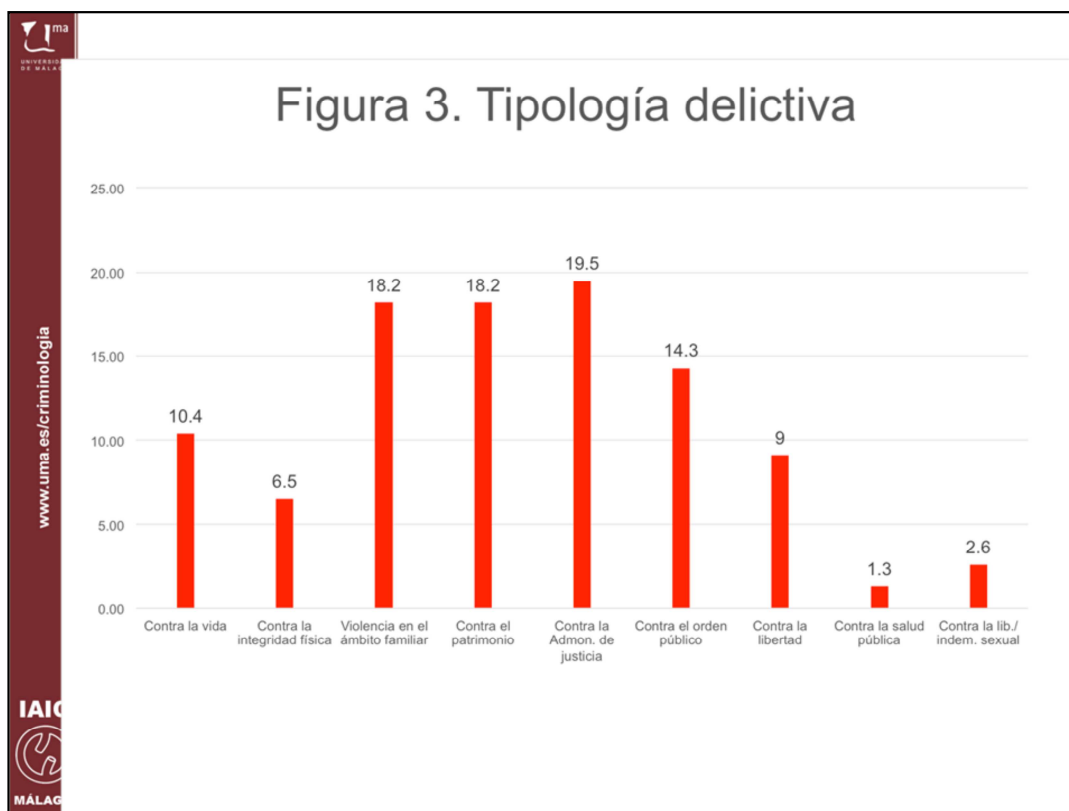
La datos obtenidos muestran que la inmensa mayoría de los enfermos mentales en prisión, un 78,4%, habían sido declarados semiimputables en el proceso judicial. Un 11,8% de la muestra habían sido declarados inimputables. Solamente se aplicó en un caso la atenuante analógica y en cuatro supuestos no consta el tipo de disminución o exención de la responsabilidad criminal



Las patologías que primaron en la muestra son, en primer lugar, los afectados por el espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (el 35,5%) – CIE 10, DSM V- es decir, la esquizofrenia -25,8%-, el trastorno esquizotípico de la personalidad -3,2%-, el trastorno de ideas delirantes -3,2%-, el trastorno psicótico -3,2%- y el trastorno esquizoafectivo -1,6%-. En segundo lugar se encuentran los trastornos de la personalidad, con un 24,2% del total de patologías, seguidos por los trastornos del humor, con un 9,7%, primando entre ellos mayoritariamente el trastorno bipolar -83,3%-. En tercer lugar, la discapacidad intelectual o retraso mental, con un 8%. En cuarto lugar, los trastornos orgánicos y las psicosis tóxicas, que representan un 6,5% respectivamente. Y, por último, la epilepsia, con un 3,2% del total. En el 6,5% restante se carece de información respecto a la enfermedad mental a la que se enfrentan.

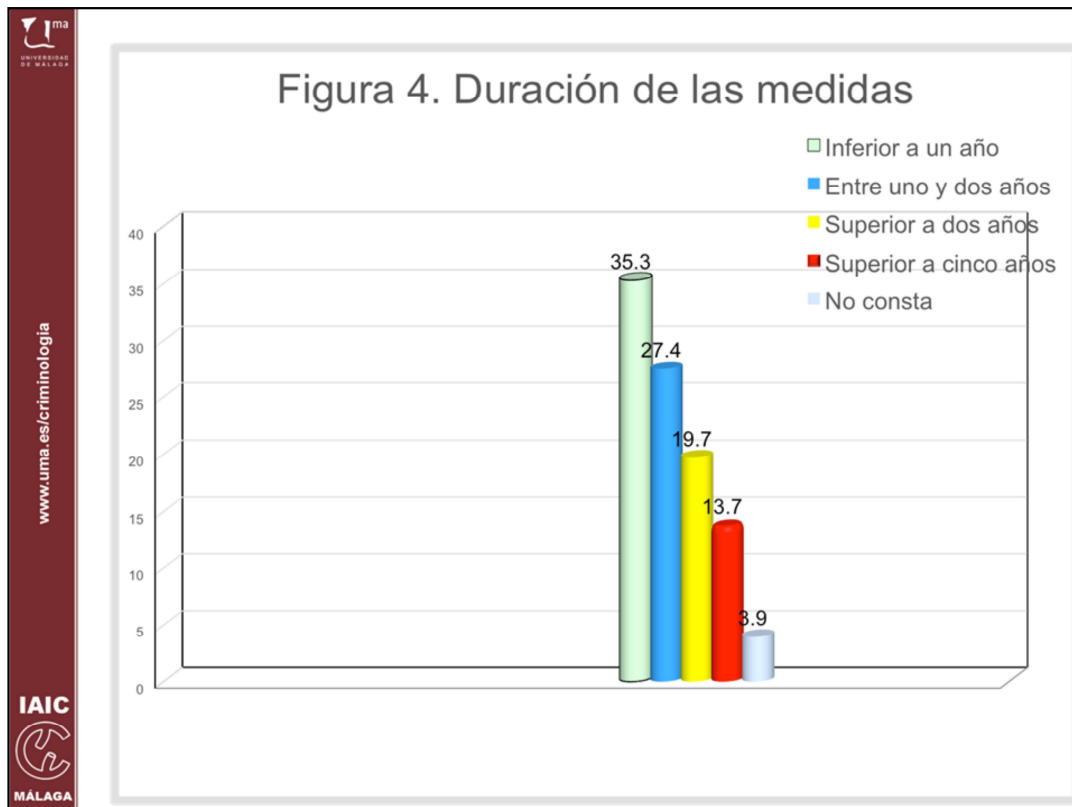
La suma de cada una no va a resultar en el 100%, debido a que más de un sujeto presente más de un trastorno mental, de hecho, el total de enfermedades mentales asciende a la cifra de 62.

Hay que destacar que el 33,3% de los sujetos analizados presenta dos o más enfermedades mentales. El 64,7% presenta antecedentes de consumo de drogas –se trata de un porcentaje muy alto de personas en las que se da esta patología dual- y en un 25,5% del total concurre la patología dual con la presencia de más de una enfermedad mental.



El total de delitos cometidos por los 51 sujetos asciende a 77, entre los que destacan los delitos contra la Administración de Justicia (19,5%), así como los delitos contra el patrimonio y los delitos de violencia en el ámbito familiar (18,2%) respectivamente. Es decir, solamente entre estos tres grupos de delitos se alcanza más de la mitad de la totalidad de los delitos cometidos por los sujetos internos (55,8%) Respecto a los antecedentes penales, tan solo en 17 sujetos no constaban antecedentes (33,3%), mientras que en el 66,7% restante constaban expresamente. Los 17 internos primarios cometieron más delitos contra la vida (87,5%) que los internos con antecedentes penales (12,5%), quienes cometen más delitos contra el patrimonio que los primarios (71,4% frente a 28,6%). Si se cruzan estos datos con los datos que recogen la vigencia de las medidas de alejamiento o penas de prohibición de aproximación a ciertas personas, se perfila la explicación para la comisión de estos delitos: los internos que han cometido delitos contra la Administración de justicia (intuimos delitos de quebrantamiento de condena tipificados en el art. 468CP) y de violencia en el ámbito familiar aglutinan el 68,2% de las penas de prohibición de comunicación o de medidas de alejamiento. Lo que ponen de relevancia estos datos es que el sistema judicial afronta la problemática de la descompensación de los enfermos mentales y de su familia, en los supuestos de maltrato familiar, a través de las penas o medidas de alejamiento, sin prestar atención a un hecho clave: la plena dependencia del enfermo mental en relación a sus familiares o pareja, devolviéndolos, una vez satisfecha la medida de internamiento, al mismo hogar al que se la ha prohibido acercarse, lo que al final termina por convertirse en un círculo vicioso que sitúa al enfermo mental con un pie en la prisión y el otro fuera.

El 43,1% de la muestra tenía en vigor una pena de prohibición de aproximación o bien una medida de alejamiento durante su estancia en prisión, resultando que, las personas a quienes no podían aproximarse, se trataban de familiares o cónyuges con los que convivían.




En lo que concierne a los antecedentes de internamiento en alguna institución psiquiátrica, destaca el escaso número de sujetos que han sido internados en dichas instituciones a lo largo de su vida (Figura 4). En concreto, únicamente un 13,7% de los mismos se encuentra en tal situación. Las patologías mentales que priman en estos sujetos son la esquizofrenia -44,4%-, los trastornos de la personalidad -un 33,3%- y el retraso mental -22,2%-.

En el 35,3% de los supuestos, la duración de la medida de internamiento impuesta es inferior a un año, siendo igual o superior al año e inferior a dos años en un 27,5%; igual o superior a dos años e inferior a cinco en el 19,6% del total, e igual o superior a cinco años en el 13,7% de la muestra. Esta tendencia a la aplicación de medidas de seguridad de tan corta duración parece incompatible con el carácter terapéutico de dicho internamiento, máxime si se atiende a que en el 66,7% de esta clase de medidas el cumplimiento se ha ejecutado exclusivamente en prisión, y que el 27,8% resultaron ser inferiores a los seis meses de duración.


Además, al margen de la duración de la medida de seguridad, algo más de la mitad -51%- de los internos fueron finalmente trasladados a un Hospital psiquiátrico penitenciario. En este grupo se incluyen la totalidad de las eximentes completas, el 42,5% de las eximentes incompletas y la totalidad de atenuantes analógicas. Cobra relevancia el hecho de que estos internos, a pesar del traslado, han cumplido en la prisión una media de once meses y quince días antes desde que se efectuara su traslado al establecimiento psiquiátrico correspondiente. El resto

de sujetos, es decir, un 49% del total, ha cumplido íntegramente la medida de seguridad de internamiento en la prisión de Alhaurín de la Torre, lo que, unido a los escasos supuestos en los que se ha sustituido la medida de internamiento por el tratamiento ambulatorio –sólo en el 8% de los internos que no fueron trasladados-, manifiesta la pésima situación –además de ilegal- en la que se encontraron.



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

www.uma.es/criminologia



MÁLAGA

Discusión

- La prisión no es una respuesta adecuada al problema de salud de estos pacientes, más bien es una dificultad añadida a su patología
- **Creación de unidades psiquiátricas** (191 RP) en establecimientos polivalentes, con un carácter puramente asistencial, personal exclusivamente sanitario y pocas plazas (20) para enfermos que no pueden convivir en sociedad
 - **Desaparición de los hospitales psiquiátricos penitenciarios** (Importante ahorro económico)
 - **Prohibición de cumplimiento de una medida de internamiento en un centro penitenciario ordinario** (no hay psiquiatras)
- **Sustitución** de las medidas de internamiento de duración inferior a 2 años por tratamiento ambulatorio en centros socio-sanitarios (centros de día, pisos tutelados por CCAAs)

Estas unidades psiquiátricas deben tener un carácter puramente asistencial, con pocas plazas y escasas medidas de seguridad. Dependientes del ministerio de sanidad y no de IIPP

En Italia ya los han cerrado (manicomios judiciales)

En las prisiones ordinarias acude el especialista una vez al mes y no puede dedicarle al paciente más de 30 minutos

SUSTITUCION

Que se haga la valoración del enfermo mental antes de ser juzgado y que los jueces tengan información de los recursos existentes para el estudio de alternativas antes de enviarlos a prisión

Mayor atención y apoyo a las familias cuando los enfermos mentales abandonan el Centro Penitenciario y vuelven a la familia. Creación y promoción de recursos de apoyo, desahogo y autoayuda

Un gran número de enfermos mentales o con patologías duales viven en la calle, han abandonado los tratamientos y viven en la marginalidad. Ante la falta de recursos socio-sanitarios para ellos, son internados en prisión y cuando cumplen la condena regresan a la misma marginalidad

GRACIAS POR SU ATENCIÓN

aicerezo@uma.es

@anabelcerezo