

Centros penitenciarios y el Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales (PAIEM)

~Rocío Gutiérrez Gallardo~

Letrada sustituta de la Administración de Justicia, España. Máster en Derecho Penal. Socia FICP.

Resumen.- El sujeto que en el momento de la comisión del hecho delictivo padece una anomalía o alteración psíquica que le impide comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión recibe un tratamiento penal y penitenciario diferenciado. La OMS estima que en las sociedades occidentales la incidencia de alteraciones psiquiátricas es hasta siete veces mayor en la población penitenciaria que en la comunidad, por lo que, para dar respuesta a esta problemática, desde el año 2009 se viene desarrollando por la Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria el Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros penitenciarios, como trataremos en esta comunicación.

Palabras Clave.- Psiquiatría, centros penitenciarios, PAEIM, asistencia integral, equipos multidisciplinares.

Abstract.- The subject who at the time of the commission of the crime has a psychic abnormality or alteration that prevents him from understanding the wrongdoing of the act or acting according to that understanding receives a different penal and penitentiary treatment. The OMS estimates that in Western societies the incidence of psychiatric disorders is up to seven times higher in the penitentiary population than in the community, so that, to respond to this problem, since 2009, it has been developed by the General Deputy Direction of Penitentiary Health, the Program of Integral Care for Mentally Ill patients in penitentiary centers, as discussed in this communication.

Key Words.- Psychiatry, penitentiary centers, PAEIM, integral assistance, multidisciplinary teams.

I. PSIQUIATRÍA PENITENCIARIA: ANTECEDENTES:

El sujeto que en el momento de la comisión del hecho delictivo padece una anomalía o alteración psíquica que le impide comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión recibe un tratamiento penal y penitenciario diferenciado. De ser apreciada en sede jurisdiccional su inimputabilidad o semi-imputabilidad será sometido a alguna de las medidas de seguridad, privativa o no privativa de libertad contempladas en el Código Penal. Especial interés tiene la medida de internamiento para tratamiento médico en un establecimiento adecuado.

En el caso español dichos establecimientos pertenecen al orden penitenciario, a diferencia de lo que sucede en otros países (por ejemplo, Reino Unido), en los que el internamiento tiene lugar en establecimientos de seguridad del sistema sanitario nacional.

El tratamiento multidisciplinar al que se somete a los internados judiciales tiene en la denominada psiquiatría penitenciaria uno de sus componentes básicos. Ha de tenerse en cuenta además la existencia de sujetos imputables, que en el transcurso del cumplimiento de su pena privativa de libertad padecen un trastorno mental grave que

puede conllevar la suspensión de la ejecución de la pena y la aplicación de una medida de seguridad de internamiento. Existe un importante número de reclusos (penados o preventivos), afectados de trastornos psíquicos, sobre los que existen programas de intervención en los centros penitenciarios ordinarios.¹

Hasta el 2006 no se publicaron datos de prevalencia de trastornos mental en centros de cumplimiento, aunque sí existían en los centros psiquiátricos. Desde dicho año se está poniendo en evidencia la importancia real del problema, destacándose que una de cuatro personas ingresadas en centros psiquiátricos presenta patología psiquiátrica.

Los factores a destacar en la psiquiatría penitenciaria son: la institucionalización, la masificación de los centros y el fenómeno de la globalización, que está poniendo cada día más de manifiesto la importancia de la psiquiatría transcultural.

El perfil sociodemográfico de los internos que presentan trastorno mental, es semejante a los pacientes psicóticos de la comunidad y su edad media es superior a los delincuentes sanos. El 50% son solteros, viven solos o con su familia de origen y las víctimas de sus delitos suelen ser personas cercanas o familiares. Por lo que respecta al tipo de delito de estos pacientes en los centros de cumplimiento el 64% de los enfermos cumplen condena por delito de robo y el 11% por delitos contra la salud pública. Siendo menor la proporción de delitos violentos entre los pacientes declarados inimputables por la Autoridad judicial. En la esquizofrenia en general y en la esquizofrenia paranoide en particular son muy frecuentes los delitos de sangre. Igualmente ocurre en el Trastorno de ideas delirantes.

Por otro lado, ha de destacarse que la incapacitación civil tiene una incidencia específica en el contexto psiquiátrico-penitenciario. Ciertamente, aunque el número no es muy elevado, existen algunos pacientes ingresados para cumplir una medida de seguridad en los establecimientos psiquiátricos penitenciarios sobre los que ya ha recaído una sentencia de incapacitación antes de cometer el hecho delictivo.²

En nuestro país, el precedente más lejano de establecimiento de destino de enfermos mentales delincuentes es el Manicomio de Santa Isabel de Leganés, que pronto se vio sobrepasado por el número de ingresos, lo que produjo disfunciones

¹ LÓPEZ LÓPEZ, A. El enfermo mental y la legislación penitenciaria. *Psiquiatría penitenciaria, perspectiva histórica y actual.*, p. 342

² LÓPEZ LÓPEZ, *Enfermo mental*, p. 343.

institucionales de todo orden. La idea de construir el primer manicomio judicial surge en 1886, cuando se dispuso la creación en Madrid de un manicomio penal, aunque la operación no se llevará a cabo. Se improvisó entonces una Penitenciaría Hospital en el Puerto de Santa María, que fue dotada de un Reglamento provisional por Real Orden de 20/03/1894.

Este centro-nuestro primer psiquiátrico penitenciario-contaba entonces con cinco secciones: ancianos, inútiles, enfermos crónicos, enfermos agudos y enfermos mentales. La 5ª sección se dividió en las siguientes dependencias: tranquilos, semitranquilos, agitados, sucios, epilépticos y enfermos en observación.

A pesar de las prescripciones del R. Decreto de 01/09/1987 y de que nuevamente se ordenó construir en 1912 un psiquiátrico penitenciario, lo cierto es que tales previsiones no se materializaron y no hubo otro remedio que continuar con la habilitación de las dependencias de la ya citada penitenciaría del Puerto de Santa María como “manicomio penitenciario provisional”, aunque esta institución no fue la única en albergar a reclusos dementes.

En 1920 el destino de los locos peligrosos era el siguiente: a) Si había sido declarados irresponsables por alteración mental ingresaba en el manicomio de su provincia, de donde no podría salir sin autorización del Tribunal que decretó su internamiento; b) si habían enloquecido cumpliendo pena de prisión correccional, eran ingresados en el manicomio correspondiente; c) si habían enloquecido cumpliendo pena en establecimiento destinado a las penas de privación de libertad superiores a la prisión correccional y en el caso de condenados a muerte a los que se había suspendido su ejecución, eran conducidos al manicomio del Puerto de Santa María.

A destacar que en 1928 se aprobó el nuevo Código Penal en el que, por vez primera, se recoge el binomio peligrosidad-medidas de seguridad con la incorporación de estas últimas al texto punitivo.³

El precedente de las actuales instituciones hospitalarias psiquiátricas penitenciarias es el Centro Asistencial Psiquiátrico Penitenciario de Madrid, cuya construcción se inició en 1944 en el Complejo Penitenciario de Carabanchel; cubriría a partir de entonces las necesidades asistenciales específicamente psiquiátricas.

³ LÓPEZ LÓPEZ, Enfermo mental, pp. 344-347.

La reforma en 1968 del Reglamento de Servicios de Prisiones de 1956 cataloga al “Sanatorio Psiquiátrico Penitenciario” como centro asistencial que se une a otros dos centros especiales: el Departamento de Oligofrénicos de León, al que iban destinados “todos aquellos que presenten una debilidad de la inteligencia en cualquiera de sus grados” y el Centro de Psicópatas de Huesca, destinado a “internos que presenten dicha anormalidad”.

Con la instauración de un régimen democrático la reforma penitenciaria devenía inevitable, tanto por razones legales como por la crítica situación penitenciaria. La Ley Orgánica General Penitenciaria 1/1979 de 26 de septiembre diferenció tres tipos de establecimientos: de preventivos, de cumplimiento de penas y especiales.

Dentro de esta última categoría el art. 11 del mismo texto legal establece unos subtipos: centros hospitalarios, centro psiquiátricos y centros de rehabilitación social; en todos ellos “prevalece el carácter asistencial” y “el tratamiento se armonizará con la finalidad específica de cada una de estas Instituciones”.⁴

En el periodo postconstitucional, existe como único establecimiento específico para enfermos mentales varones el Centro Asistencial Psiquiátrico Penitenciario de Madrid, (ubicado en el complejo penitenciario de Carabanchel), mientras que el establecimiento

de Yserías acogía un departamento para mujeres enfermas mentales. Se mantienen los centros especiales de León y Huesca.⁵

En 1990 se suprimen: a) Departamento de Oligofrénicos de León, creándose un Departamento análogo en Sevilla, que igualmente se suprime posteriormente al crearse el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla; b) el Centro de Psicópatas de Huesca, tras haber recibido duras críticas en un Informe de la Asociación de Derechos Humanos, siendo sus pacientes trasladados al Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante, y c) el Sanatorio Psiquiátrico Penitenciario de Madrid, influyendo probablemente en ello el contundente informe que elaboró la Comisión de Legislación de la AEN, que lo calificó de “extraña institución totalitaria y cerrada”, en la que se entremezclaba y superponía la estructura de una antigua cárcel de máxima seguridad (sin las técnicas modernas) con la de un anacrónico asilo u hospicio psiquiátrico; destacó el poder de los llamados

⁴ LÓPEZ LÓPEZ, Enfermo mental, p. 348.

⁵ LÓPEZ LÓPEZ, Enfermo mental, p. 348.

“enfermeros” (reclusos), que imponían un régimen de “puro terror” a los pacientes, el carácter, en la práctica indefinido, de algunos internamientos; la inexistencia de terapia ocupacional, limitándose los tratamientos a los de carácter farmacológico y la existencia de un pabellón de “agitados” que era lugar más de sanción que de tratamiento⁶.

Más tarde, se clausuró el departamento de mujeres de Madrid, trasladándose once de ellas al Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante en el año 1991, fecha desde la que ocupan un ala de los tres Pabellones con los que cuenta este establecimiento.

II. EL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMOS MENTALES (PAIEM):

La Institución Penitenciaria en nuestro país, ha debido reorganizarse para hacer frente al reto de tratar este contingente de enfermos dentro de las prisiones. En los centros penitenciarios de todo el Estado, salvo Cataluña, que tiene transferida la responsabilidad de la Administración Penitenciaria, esto se ha hecho poniendo en marcha un programa de actuación específico, el PAIEM (Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales), que reúne todas las directrices sobre las que los expertos están de acuerdo a la hora de abordar la asistencia de los problemas de salud mental en prisión; la multidisciplinariedad, abriendo la participación a todos los profesionales de la prisión interesados en los enfermos y con trato directo con ellos; la equidad, haciendo de enlace con los servicios especializados de psiquiatría de la comunidad para que puedan actuar dentro de la prisión desde el primer momento.⁷

De igual modo las ONG's e instituciones del tercer sector que tiene un papel de mediación insustituible en la labor de reinserción social encuentran en el PAIEM el soporte necesario para su trabajo en los centros. El PAIEM pone a disposición de los enfermos todos los espacios terapéuticos del centro, talleres, módulos de respeto, GAD, programa de discapacitados, deportes, terapeutas específicos, habilidades sociales, etc. Y lo hace en base a la construcción de un programa individualizado de tratamiento y rehabilitación. El programa permite un seguimiento tutorizado del proceso rehabilitador de cada interno y responsabiliza de su funcionamiento a las máximas autoridades

⁶ GONZÁLEZ, O. “La AEN y la situación de los enfermos mentales en España” Cuadernos Técnicos nº 3, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, 2000.

⁷ ARROYO-COBO, J.M. Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, en el caso español en el contexto europeo, Rev. Esp. Sanid. Penit, 2011, 13:100-111, p. 109.

gestoras de los centros, desde el equipo directivo mismo a los máximos responsables de sanidad y tratamiento de las prisiones.⁸

El PAIEM ha sido desarrollado por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, dentro de la Estrategia Global de Actuación en salud mental. Su Protocolo de Aplicación está dirigido a todos los internos en prisión que padezcan un Trastorno Mental Grave (TMG), es decir, pacientes con trastornos psicóticos y trastornos de personalidad graves, con una evolución de enfermedad superior a dos años y con presencia de disfuncionalidad moderada o grave según GAF (Global Assessment of Functioning). Actualmente se ha constituido los Equipos y se encuentra implementado el Programa en más de 60 centros y continúan incorporándose cada día. Su finalidad tiene como objetivos:

1º Detectar, diagnosticar y tratar a todos los internos que sufran algún tipo de trastorno mental (Atención clínica).

2º Mejorar la calidad de vida de los enfermos mentales, aumentando su autonomía personal y la adaptación al entorno (Rehabilitación).

3º Optimizar la reincorporación social y la derivación adecuada a un recurso socio-sanitario comunitario (Reinserción social).

Implica a profesionales de las distintas áreas del centro, sanidad, tratamiento y vigilancia y a los profesionales de los recursos socio-sanitarios de la comunidad, incluyendo asociaciones u ONG's que trabajan en el campo de la salud mental. Como consecuencia, afecta e implica necesariamente a los familiares de estos pacientes con los que hay que colaborar e intervenir para una adecuada reincorporación social a la puesta en libertad.

La intervención integral sobre el enfermo con un trastorno mental grave en prisión requiere la constitución de Equipos Multidisciplinares en los que estén integradas las áreas de sanidad, tratamiento y vigilancia y los recursos asistenciales de la comunidad.⁹

Las funciones principales del Equipo Multidisciplinar de Salud Mental serán:

1º Conocer la realidad de la patología mental de los internos incluidos en el PAIEM del centro.

⁸ ARROYO-COBO, Rev. Esp. Sanid. Penit., 2011, 13:100-111, p. 109.

⁹ ÍÑIGO, C./MARKEZ, I., Guía Atención Primaria de la Salud Mental en Prisión, ed. OMEditorial, 2011, p. 8.

2º/ Establecer criterios de priorización, inclusión y clasificación por Niveles de intervención. (Nivel 1= Buena respuesta/ puede hacer vida normal en los módulos;

Nivel 2= Respuesta parcial/valoración de interno de apoyo y Nivel 3= Mala respuesta/baja adaptación/ precisa control y debe asignársele interno de apoyo)

3º/ Realizar la evaluación de habilidades y discapacidades.

4º/ Definir y ejecutar el tipo de actividades a realizar con estos pacientes, ya sean las propias del centro o diseñar las específicas para ellos.

5º/ Diseñar y ejecutar el Plan de reincorporación social.

6º/ Asesorar y emitir los oportunos informes para la Junta de Tratamiento y Comisión Disciplinaria a los efectos que procedan.

Se asignará un Coordinador responsable del equipo entre los componentes, que será elegido por el propio Equipo. Realizará aquellas tareas de coordinación necesarias para el buen funcionamiento del programa, tanto entre los miembros del propio equipo como en la relación con los superiores. Los responsables directos del Equipo Multidisciplinar serán el Subdirector de Tratamiento y el Subdirector Médico/ Jefe de Servicios Médicos.¹⁰

III. CONCLUSIONES:

El medio penitenciario no es el adecuado para tratar trastornos mentales graves, pues sus normales condiciones de continuo control y seguridad dificultan la curación y rehabilitación del paciente, de ello tomó conciencia Instituciones Penitenciarias y desde el año 2009 viene desarrollando el PAIEM (Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales) en los centros penitenciarios del estado, salvo Cataluña que tiene competencias transferidas en esta materia, y que pretende, mediante la constitución de Equipos Multidisciplinares en los que estén integradas las áreas de sanidad, tratamiento y vigilancia y los recursos asistenciales de la comunidad, además de conseguir el tratamiento y control de la enfermedad, la rehabilitación del individuo y concienciar a la comunidad sobre este fenómeno que va en aumento para dejar de ver al enfermo delincuente, solo como delincuente para mirar más hacia su lado de persona enferma que debe ser debidamente tratada por profesionales especialistas, como parte de la comunidad que es.

¹⁰ Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Programa Marco para la Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios., p. 7.