



El **Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales** (en adelante PAIEM) fue creado para dar respuesta a las necesidades detectadas en la población reclusa. El número de internos e internas con enfermedad mental grave o crónica sigue aumentando en la actualidad y existen evidencias cuantitativas de que los problemas de salud mental entre las personas que se encuentran en prisión son mucho más frecuentes que en la población general.

Este programa trata conseguir una detección temprana de estos casos, la mejor rehabilitación posible de cada enfermo y la correcta derivación a los recursos asistenciales especializados de la comunidad cuando corresponda, tanto al llegar al momento de la libertad, como durante su estancia en prisión para mejor seguimiento de su evolución clínica.

En aquellos casos en los que es posible, el interno es progresivamente incorporado a la vida en libertad a través del llamado **Programa Puente** que supone una continuación del PAIEM en los Centros de Inserción Social (centros destinados a internos e internas clasificados en tercer grado (régimen de semilibertad) o libertad condicional). Con ello se minimiza el riesgo de reincidencia al evitar que se reproduzcan las circunstancias clínicas que facilitaron la conducta delictiva del interno y supone una mejora en Salud Pública para la comunidad, al aportar mayor salud a colectivos sociales tradicionalmente marginales, con peor acceso a los recursos asistenciales y, por tanto, con mayor riesgo de enfermedad.

Es precisamente en este sentido, donde se necesita una red de centros, viviendas tuteladas y satélites para conseguir intervención cercana y progresiva con el interno, pasando de recursos más restrictivos a más abiertos, dotados de la estructura necesaria que les permita fomentar su autonomía con el apoyo específico que necesitan estos casos.

Analizando datos en concreto, en este Centro Penitenciario y a fecha de 8 de junio de 2018 hay un total de 159 internos e internas incluidos en PAIEM. De éstos: 51 reúnen requisitos penitenciarios para progresar a un régimen de vida en semilibertad a falta de un recurso externo que pueda tutelarles. Desglosados estos 51 casos: hay 12 internos e internas que están incapacitados. 35 ya estaban diagnosticados de TMG (Trastorno mental grave) cuando cometieron el delito por el que



ingresan en prisión. El resto, 16 internos e internas, o bien se les ha diagnosticado de TMG una vez ingresados en prisión, o bien padecían al tiempo de cometer los hechos una enfermedad mental que se ha agravado y/o cronificado con el paso del tiempo. Finalmente, 3 de estas personas cuentan con 82, 78 y 76 años, habiendo cometido sus delitos cumplidos más de 70 años.

Como se ha dicho, 35 internos e internas estaban diagnosticados de un TMG cuando cometieron los delitos y, aunque no se pueda aplicar por extensión a todos los casos, en la mayoría podría haberse evitado la comisión delictiva si el paciente hubiere contado con la supervisión adecuada. Además, 22 de estos 51 son reincidentes, es decir, han cometido más de un delito, por lo que en puridad no podemos hablar de 51 delitos cometidos sino de muchos más. Del total de 51 casos, un total de 41 han cometido delitos contra las personas, en sus diferentes modalidades: sexuales, incendio, asesinato, atentado, violencia de género, violencia doméstica, homicidio, etc.

En estos números solo aparecen comprendidos los casos actuales a fecha de 8 de junio de 2018. Si extrapolamos a un período más largo de tiempo, semestral o anual, la estadística se dispara.

En conclusión, del total de internos e internas diagnosticados de algún tipo de enfermedad mental (159), un número muy significativo (51, casi la tercera parte) padece un trastorno que por su naturaleza, gravedad y cronicidad podrían ser beneficiarios de un recurso externo adecuado a las características de su patología, bien como centro de día, bien como recurso cerrado o bien como viviendas tuteladas.

En lo que se refiere a internos e internas en tercer grado, a 8 de junio de 2018, contamos con 23 casos incluidos en el programa Puente de los cuales: 1 se encuentra en una residencia de tercera edad, 1 en residencia para discapacitados, 5 viviendas tuteladas, 2 haciendo un programa de deshabitación de drogas y el resto (14) en su domicilio.

El hecho de que la mayoría de los internos e internas adscritos al programa Puente se encuentren en sus domicilios, pone de manifiesto el sesgo que indicábamos con anterioridad: acceden al tercer grado los internos e internas que cuentan con un recurso externo fuerte que pueda apoyar su reincorporación a la vida en libertad.

Desde el inicio del programa Puente hemos tenido 3 casos regresados de grado (de los 40 que han pasado por el programa) de estos tres casos ninguno ha sido por comisión de nuevo delito.



Si hacemos un repaso a la evolución de aquellas personas que han sido acogidas por asociaciones en viviendas tuteladas, nos encontramos con la evidencia de que no ha habido reincidencia delictiva en ningún caso desde que se inició el programa Puente.

En prisión somos conscientes de que, uno de los factores precipitantes de la comisión del delito, es la ruptura de un apoyo psicosocial que tradicionalmente ha recaído en las familias.

La complejidad de los casos (muchos de ellos con problemática tóxica asociada) excede con creces las posibilidades del entorno familiar como sostén.

El paso por prisión, paradójicamente ha servido en algunas ocasiones para hacer la labor de contención y sostenimiento de casos que nos han llegado en una situación de desestructuración. Algunos de estos casos se han podido derivar de nuevo al entorno familiar, y otros muchos requieren de un entorno más estructurado. Estos son los casos que necesitamos derivar a viviendas tuteladas y que más cuesta que pasen a un régimen de vida en semilibertad.

Nuestra casuística es muy amplia y requiere de recursos amplios: centros de día, centros cerrados y en especial de viviendas tuteladas.

La vivienda tutelada aporta una estructura de 24 horas que es muy necesaria en un porcentaje amplio. Además de la enfermedad mental, la persona que accede a tercer grado afronta la situación perdida por el mero hecho de ingresar en prisión: valerse por sus propios medios. Esta autonomía en muchos de nuestros casos excede la obtención de una PNC; estamos hablando de la gestión de un día a día diferente de la rutina penitenciaria, una gestión de su dinero y sobre todo enfrentar su soledad y sus dificultades para hacerse un lugar provisto de afectividad en el mundo. Permite crear un sentimiento de pertenencia esencial en la rehabilitación de personas que tienen tantas dificultades.

La vivienda tutelada nos asegura una supervisión nocturna necesaria e inherente a la condición de tercer grado, supervisión que hace la familia en los casos en que pueden ser derivados a sus casas (ya hemos visto que muchos casos no son progresados de grado por considerar que el sostén familiar no es lo suficientemente fuerte en relación al deterioro y las necesidades del interno o interna).



De otro lado no podemos obviar otra evidencia: toda persona que ingresa en un centro penitenciario está destinada a volver a la comunidad. Si más tiempo tarda en salir más dificultades de readaptación va a tener y más probabilidades tiene de volver a prisión mediando un nuevo delito, es decir: un nuevo daño a alguien.

Por otra parte la paulatina reincorporación a la comunidad (a través del tercer grado) aporta la presencia de la institución penitenciaria en un proceso de reincorporación que no es lineal; que como todo proceso de adaptación tiene sus altibajos y que es útil mientras la persona se fideliza al recurso donde va a vivir.

El tipo de recursos que la comunidad necesita para acoger a estas personas es amplio. La labor penitenciaria en el momento de la salida, es valorar de forma muy pormenorizada las características de cada caso y el recurso más adecuado al mismo.

Invertir en recursos asistenciales como los descritos evitan la comisión de delitos y por ende reduce los costes en materia de seguridad ciudadana. Tanto como mecanismo preventivo para evitar la comisión de delitos en personas ya diagnosticadas con TMG, como para evitar la reiteración delictiva de aquellas personas que una vez han cumplido la condena se reincorporan a la Sociedad.

En Picassent, a 18 de junio de 2018.

LA SUBDIRECTORA DE TRATAMIENTO

