

BIOÉTICA Y SALUD MENTAL: DESAFÍOS COMUNES EN LA POBLACIÓN VULNERABLE

Salud mental y población penitenciaria





■ El SAS

■ Ciudadanía

■ Profesionales

■ Proveedores

Texto a buscar



[Inicio](#) > [El SAS](#) > [Servicios y centros](#) > [Salud mental](#) > III Plan Integral de Salud Mental 2016-2020 (en revisión)



III Plan Integral de Salud Mental 2016-2020 (en revisión)

El Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020 parte de un análisis exhaustivo de la situación de la salud mental en Andalucía; de la experiencia y resultados obtenidos en los dos planes anteriores; y de las expectativas y necesidades expresadas por las personas con problemas de salud mental, sus familiares, los colectivos profesionales implicados y varias organizaciones que velan por los derechos de la ciudadanía





A pesar de ello, existen los **Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios...**

HPP: centro especial de carácter asistencial

- ⊙ La **LOGP** (L.O.1/79, de 26 de septiembre) en su **art. 7**, establece que “los establecimientos penitenciarios comprenderán:
 1. Establecimientos de preventivos
 2. Establecimientos de cumplimiento de penas
 3. **Establecimientos especiales**”.

- ⊙ **Art. 11 LOGP** concreta que “los establecimientos especiales son aquellos en los que prevalece el carácter asistencial y serán de los siguientes tipos:
 1. Centros hospitalarios.
 2. **Centros psiquiátricos** (art. 183 RP: ...“ destinados al cumplimiento de las medidas de seguridad privativas de libertad aplicadas por los Tribunales correspondientes ”)
 3. Centros de rehabilitación social

CUMPLIMIENTO EN HPP

- ⊙ El **art. 184** RP regula el **INGRESO** en los Establecimientos o Unidades Psiquiátricas penitenciarias, que se llevará a cabo en los siguientes casos:
 1. “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 oportuno informe. Una vez emitido el informe, si la autoridad judicial no decidiese la libertad del interno, el centro Directivo podrá decidir su traslado al centro que le corresponda.
 2. **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.**
 3. Penados a los que, por **enfermedad mental sobrevenida**, se les haya impuesto una medida de seguridad por el Tribunal sentenciador en aplicación de lo dispuesto en el Código penal y en la Ley de Enjuiciamiento Criminal que deba ser cumplida en un Establecimiento o Unidad Psiquiátrica Penitenciaria”.

CLASES

A) Privativas de libertad (art. 96.2 CP):

1.ª El internamiento en centro psiquiátrico

2.ª *El internamiento en centro de deshabitación*

3.ª *El internamiento en centro educativo especial*

B) No privativas de libertad (art. 96.3 CP)

Destacar :

* *La libertad vigilada*

* *La custodia familiar*

MEDIDAS DE SEGURIDAD SEGÚN TIPO DE EXENCIÓN PENAL

1. *Internamiento para tratamiento médico o educación especial en un **establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica** que se aprecia **(no necesariamente penitenciario)** , o cualquiera otra de las medidas no privativas de libertad.*
2. *Internamiento en **centro de deshabitación público, o privado ...***
3. *Internamiento en un **centro educativo...***

*El **límite temporal de las medidas de seguridad** será el que tenga señalada la pena prevista en el CP para el delito cometido y el necesario para combatir la peligrosidad criminal: **la medida de seguridad no puede ser más gravosa que la pena** → **Aplicación general del límite máximo de la pena !!!!!!**

ESPECIALIDADES EN HPP

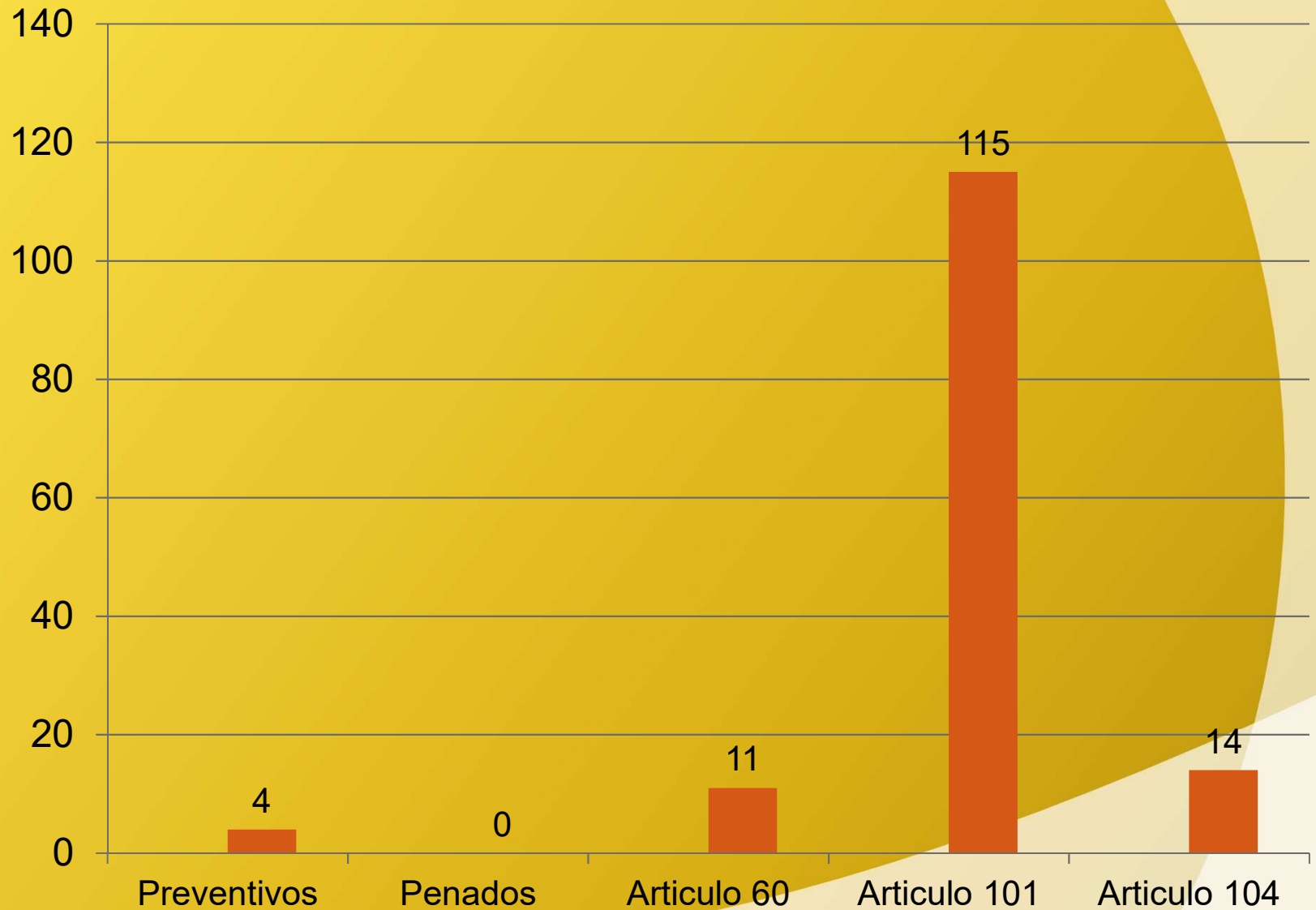
- Los internados judiciales **no se clasifican en grados**. Por tanto, no es posible ni progresar ni regresar de grado; consecuentemente, no se les aplica los regímenes de cumplimiento propios de los penados: ordinario, cerrado y abierto.
- No disfrutan de libertad condicional ni de los beneficios penitenciarios previstos por lo que no están sujetos a los límites de cumplimiento de los penados.
- No disfrutan permisos ordinarios de salida. Pero sí tienen **salidas terapéuticas**: propuesta del E.M y autorización por el JVP(no sujetas a los límites temporales de los permisos).
- La ejecución de la medida de seguridad se realizará bajo el control fundamentalmente del **Juzgado de Vigilancia Penitenciaria**.
- **Régimen de revisión de la medida de seguridad** (art. 97 y 98 CP): determinada por la evolución de la persona. Valoración de peligrosidad: **mantenimiento, cese, suspensión o sustitución**.
- Diferentes pronunciamientos judiciales sobre la **acumulación jurídica**: **art. 76 CP**
- **Estructura organizativa HPP**: no existe Comisión Disciplinaria ni Junta de Tratamiento. Las funciones de ésta las asume **el Equipo Multidisciplinar**.

HPP SEVILLA

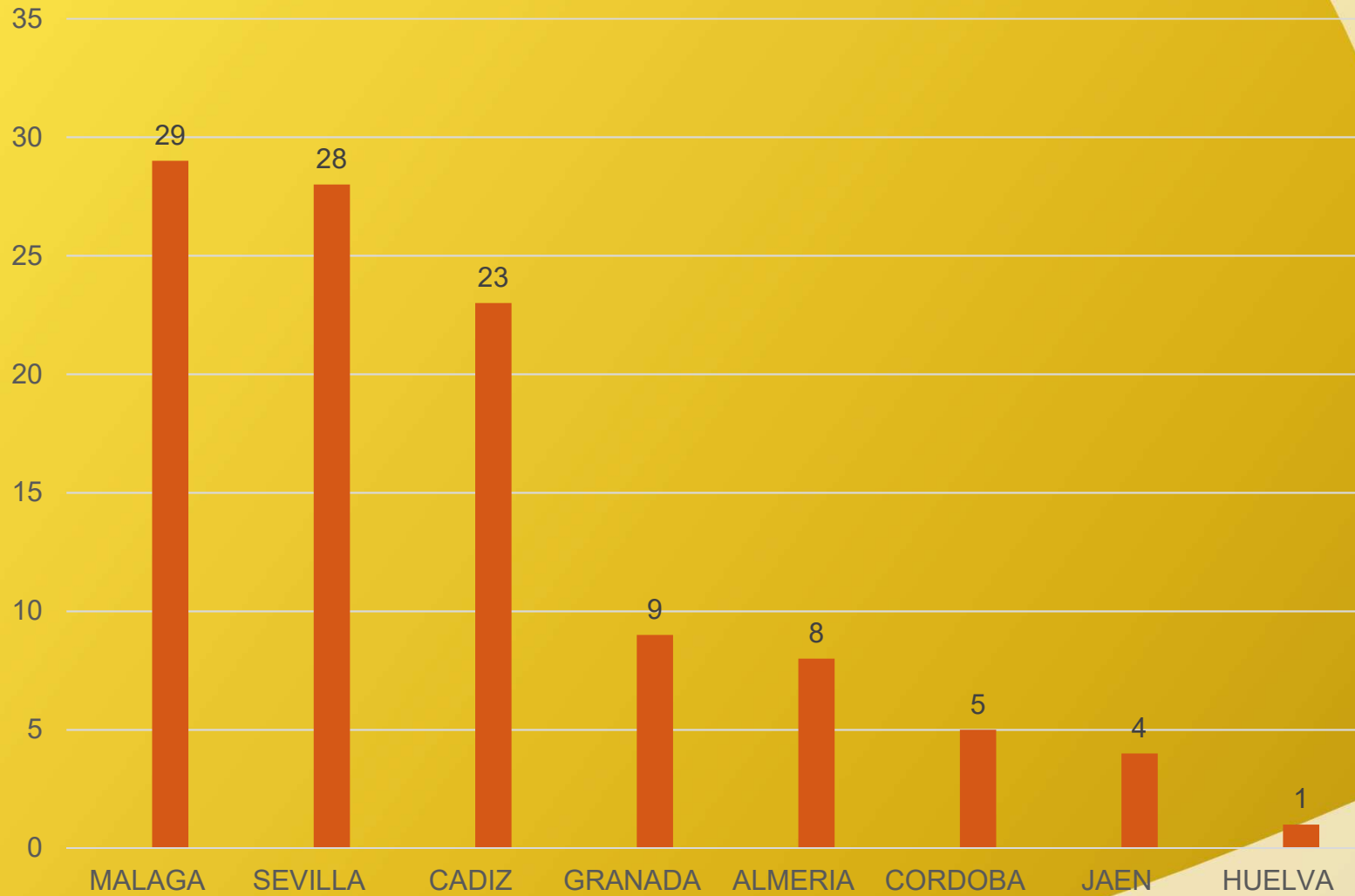


- ◉ **Establecimiento especial** en el que prevalece el **carácter asistencial** destinado al cumplimiento de las medidas de seguridad privativas de libertad aplicadas por los Tribunales correspondientes.
- ◉ Se crea en el año 1990 con una ocupación inicial de 132 internos
- ◉ Capacidad máxima 182 camas
- ◉ Dispone de 4 módulos
- ◉ Población media mantenida: 150
- ◉ **Ámbito de influencia:** Andalucía, Extremadura, Canarias, Ceuta y Melilla.

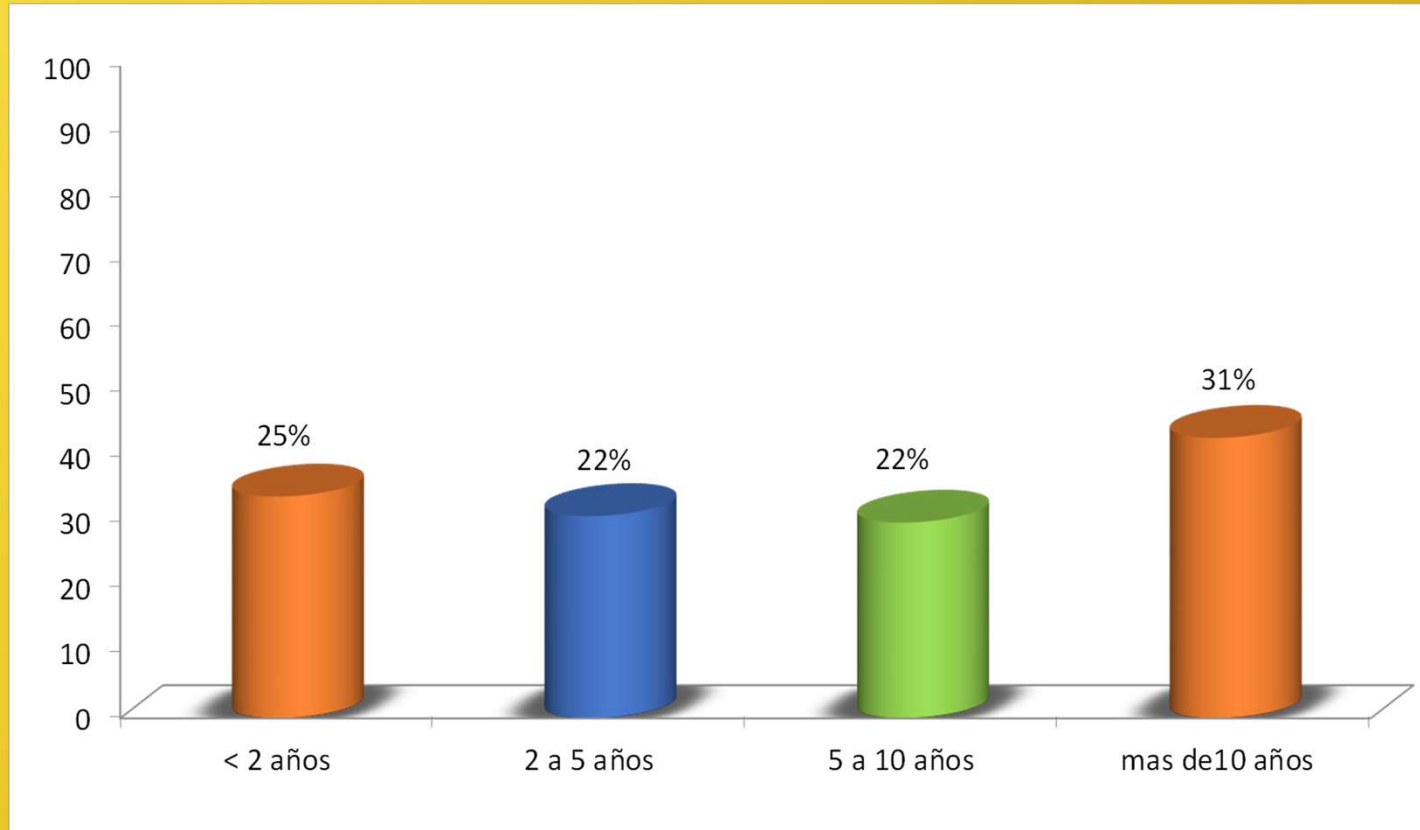
SITUACIÓN PENAL



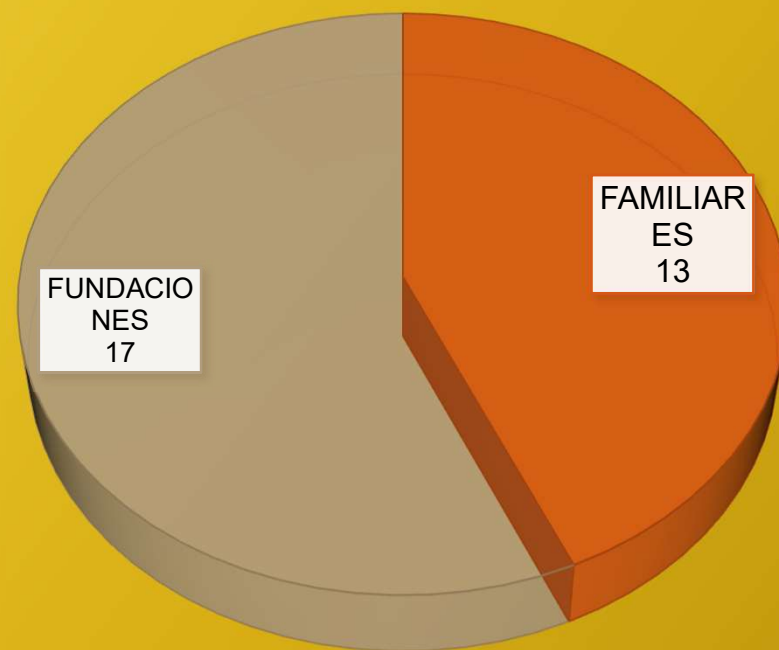
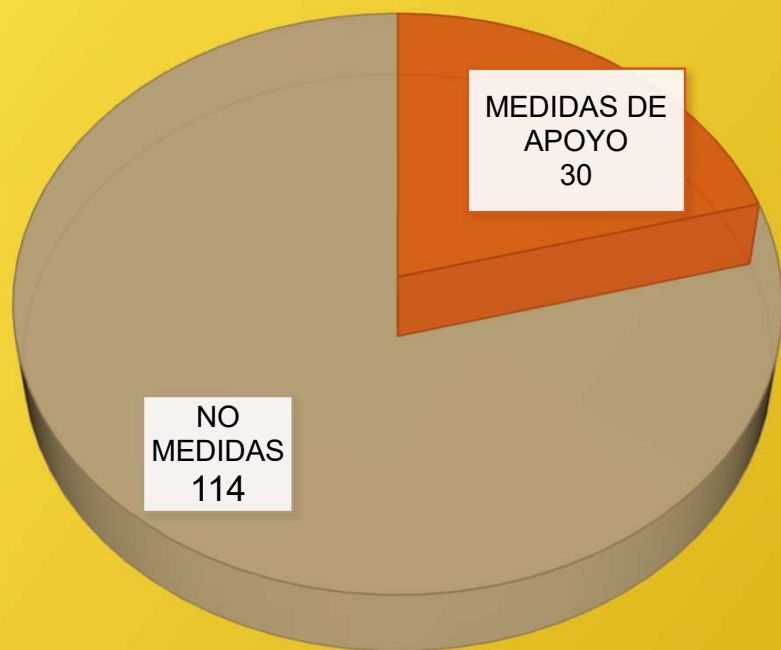
COMUNIDAD AUTONOMA DE RESIDENCIA



DURACIÓN DE LAS MEDIDAS

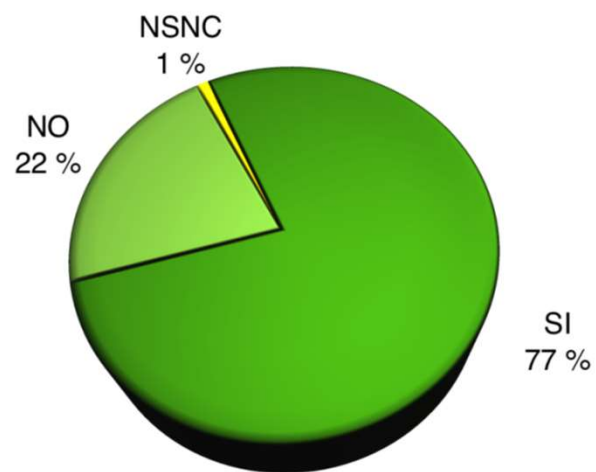


MEDIDAS DE APOYO

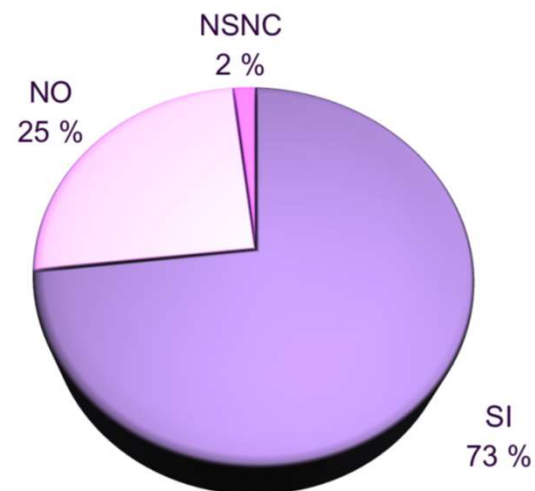


SEGUIMIENTO EN SM Y TÓXICOS

SEGUIMIENTO EN SM



CONSUMO DE TÓXICOS



PROCESO ASISTENCIAL:

Conjunto de *actividades terapéuticas de carácter biológico, psicológico, rehabilitador y social* que contribuyen a:

*lograr la **estabilización** clínica

***proveer a la persona de recursos y competencias personales** de autonomía necesarios para manejarse en su entorno con la menor dependencia posible, a la vez que le brinde o facilite el acceso a los apoyos y recursos asistenciales de diversa naturaleza que favorezcan y promuevan su integración y reinserción social.



EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

- ⊙ *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***



Función asistencial de aplicar el tratamiento médico especializado y ejecutar los programas de rehabilitación ➡ **Modelo recuperación** poner el foco en la salud y el bienestar personal, y no en la enfermedad.

FASES DEL PROCESO ASISTENCIAL:

1ª Fase Diagnóstico clínico y funcional de las discapacidades y necesidades asistenciales.

2ª Fase: Elaboración de un PIR → evaluación de las necesidades detectadas y programación de intervenciones

3ª Fase: Aplicación de las distintas intervenciones tanto psiquiátricas, psicológicas y rehabilitadoras como de apoyo social e integración socio-familiar

PROGRAMA GENERAL DE REHABILITACIÓN

- ⦿ Programas de mejora del funcionamiento psicosocial y autonomía.
- ⦿ Programas de utilización del ocio, cultura y tiempo libre.
- ⦿ Programas de evitación de los efectos nocivos del internamiento prolongado y mejora de habilidades adaptativas e integración social: **salidas terapéuticas**
- ⦿ Programas de facilitación e integración en recursos comunitarios

DATOS DE REHABILITACIÓN

- ◉ El **72%** participa en programas rehabilitación de forma activa (cada paciente participa en una media de 2,5 actividades)
- ◉ **48** pacientes (32%) salen diariamente a recursos externos (Programa Rehabilitación Psicosocial-ASAENES y FAISEM-)
- ◉ El **95%** participa en salidas terapéuticas.
- ◉ Aproximadamente, el **50%** de los pacientes precisa de recurso comunitario a su salida definitiva del Hospital.

FASES DEL PROCESO ASISTENCIAL

⊙ 4ª fase ➡ Integración en la comunidad :

- *“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**” (art. 185.2 RP)*

MECANISMOS DE COORDINACIÓN

1º- Al ingreso del paciente con TMG:

- Contacto con su **Unidad de salud mental comunitaria**: programar las intervenciones que se consideren necesarias.
- Contacto con las **Entidades/Asociaciones** que vinieran trabajando con el paciente en el ámbito comunitario o que pudieran hacerlo en un futuro por estar ubicadas en la provincia de residencia del mismo (tanto si se trata de paciente TMG o persona con discapacidad)
- Coordinación con aquellas **Fundaciones** que tengan asignadas, judicialmente, medidas de apoyo.

2º- Durante el cumplimiento: realizar los procesos de gestión de la documentación que precisen (DNI, pasaporte, tarjeta residencia, certificado de discapacidad, gestión de prestaciones sociales/económicas o de otra índole, gestión de Ley de dependencia...)

-Si el paciente realizara salidas terapéuticas, contactar con las USM, CTA y Entidades referentes con el fin de poder **iniciar o reactivar** el contacto y seguimiento terapéutico durante las salidas, lo cual facilitará, posteriormente, la derivación del mismo cuando finalice el cumplimiento de la medida.

MECANISMOS DE COORDINACIÓN

3º- Próxima la libertad/ libertad vigilada:

- A) **El paciente cuenta con soporte familiar adecuado:** regresará al núcleo familiar con el apoyo de sus familiares;
- **TMG** → el Hospital Psiquiátrico emitirá un informe de derivación para su seguimiento a su USMC correspondiente según su domicilio, que será el dispositivo sanitario de base responsable de su atención y seguimiento, informando de la fecha de finalización de la medida y solicitando una cita de seguimiento. Igualmente, se podrá contactar con aquellas otras Entidades que puedan prestar apoyo en el exterior según las necesidades del paciente.
 - **Discapacidad intelectual, persona mayor o persona con problemática de adicciones,** se pondrá contactar también con aquellas entidades que puedan facilitar el proceso de regreso al medio comunitario: centro de día, centro de tratamiento ambulatorio etc...
 - **Persona con TMG+discapacidad intelectual+adicciones:** casos complejos.

B) El paciente no cuenta con soporte familiar adecuado:

a) **Paciente TMG:** se emitirá un Protocolo de Derivación a los Servicios sanitarios correspondientes (Programa de Salud Mental del SAS/ otras CCAA) que recoge los informes de los profesionales que atienden al paciente y su recomendación de seguimiento. Las Autoridades sanitarias correspondientes, junto con otras administraciones o entidades implicadas en el proceso asistencial (Agencia de Servicios Sociales y Dependencia , Faisem, Fundaciones de Apoyo etc...), valorarán el recurso más adecuado a las características del paciente (sanitario o residencial) para el momento de su excarcelación.


- ◉ Llegado el momento de su excarcelación y, de no tener plaza sanitaria o residencial adecuada, podrá solicitarse, si la situación del paciente lo requiere, su Internamiento Involuntario que implica su ingreso en la Unidad de Hospitalización correspondiente a la espera de su oportuna derivación (art. 763 LEC).



b) **Personas con problemática tóxica/adicciones o patología dual** (TMG +adicciones): pueden requerir, además del seguimiento en salud mental ya referido, la atención especializada en adicciones. En estos casos, será necesaria, aún más si cabe, la adecuada colaboración entre administraciones competentes para determinar el recurso más adecuado que garantice una atención completa y especializada de ambas problemáticas.

c) **Personas con discapacidad intelectual/persona mayor/otros:** en estos casos, se requiere una intervención especializada a través de la gestión de la ley de la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (Ley 39/2006, de 14 de diciembre) para la asignación del recurso mas adecuado: residencia de personas adultas con discapacidad, psico deficientes, residencia de mayores...

RED APOYO COMUNITARIA


sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/el-sas/servicios-y-centros/salud-mental/salud-mental-documentos-recomendados



Texto a buscar 


[Inicio](#) > [El SAS](#) > [Servicios y centros](#) > [Salud mental](#) > Salud mental. Documentos recomendados  

Salud mental. Documentos recomendados

En este apartado puede consultar información sobre determinadas agrupaciones de problemas de salud mental, incluyendo procedimientos, herramientas terapéuticas y recomendaciones específicas, tanto para profesionales como para personas usuarias y familiares.



[Abrir todos](#)  [Cerrar todos](#) 

 [Guía de autoayuda](#)

- [Guías y recomendaciones](#) +
- [Derechos](#) +
- [Atención e intervención en Salud Mental](#) +

Asistencia especializada: SAS

Dificultades:

*No acceso a Diraya para profesionales sanitarios de IIPP.

*No presencia de referentes clínicos de pacientes del HPP en las Comisiones de valoración de derivación comunitaria

RED DE APOYO COMUNITARIA

⊙ Recursos sociales generales:

prestaciones sociales, prestaciones económicas, certificado de discapacidad, ley de dependencia (ayuda a domicilio, centro de día, residencia...).

- **Servicios sociales comunitarios**
- **Agencia de la Dependencia-Consejería de Inclusión Social, juventud, Familias e Igualdad: “emergencia social”**

RED DE APOYO COMUNITARIA

⊙ Recursos sociales especializados ➔ **FAISEM**

PROGRAMA RESIDENCIAL, en virtud del cual, ofrece dos tipos de opciones residenciales:

- *Casa Hogar*
- *Vivienda supervisada*
- *Atención domiciliaria*

*Criterios de acceso:

- padecer un TMG y no abordable desde otros programas generales de Servicios Sociales.
- estar valorada, razonablemente desde los servicios de salud mental y en su caso, reconocida desde el Sistema para la Autonomía y la Atención a la dependencia y aceptada por la persona.

RED DE APOYO COMUNITARIA

❑ FEAFES-CONFEDERACIÓN/SALUD MENTAL ESPAÑA.



[INICIO](#)

[QUIÉNES SOMOS ▼](#)

[QUÉ HACEMOS ▼](#)

[ACTUALIDAD ▼](#)

[DOCUMENTACIÓN](#)

[COLABORA](#)

[ÁREA PRIVADA](#)



ACTUALIDAD

«40 años de lucha por los derechos de las personas con problemas de salud mental»

CONFEDERACIÓN SALUD MENTAL ESPAÑA

NACE EN 1983 PARA MEJORAR LA ADOPCIÓN DE TODAS LAS MEDIDAS QUE CONTRIBUYAN A LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL Y LA DE SUS FAMILIAS, DEFENDER SUS DERECHOS Y REPRESENTAR AL MOVIMIENTO ASOCIATIVO CREADO EN TORNO A LA SALUD MENTAL

[Club Joven](#)

[Atención en Instituciones Penitenciarias](#)

[Atención a Menores Convivientes con
Personas con Problemas de Salud Mental](#)

[Ocio y Tiempo Libre](#)

[Ocupacional](#)

[Atención a Personas con Problemas de
Salud Mental en Situación de Sin Hogar](#)

[Servicio de Transporte](#)

[Programa de Intervención Familiar](#)

[Acompañamiento Integral](#)



Nuestros Programas

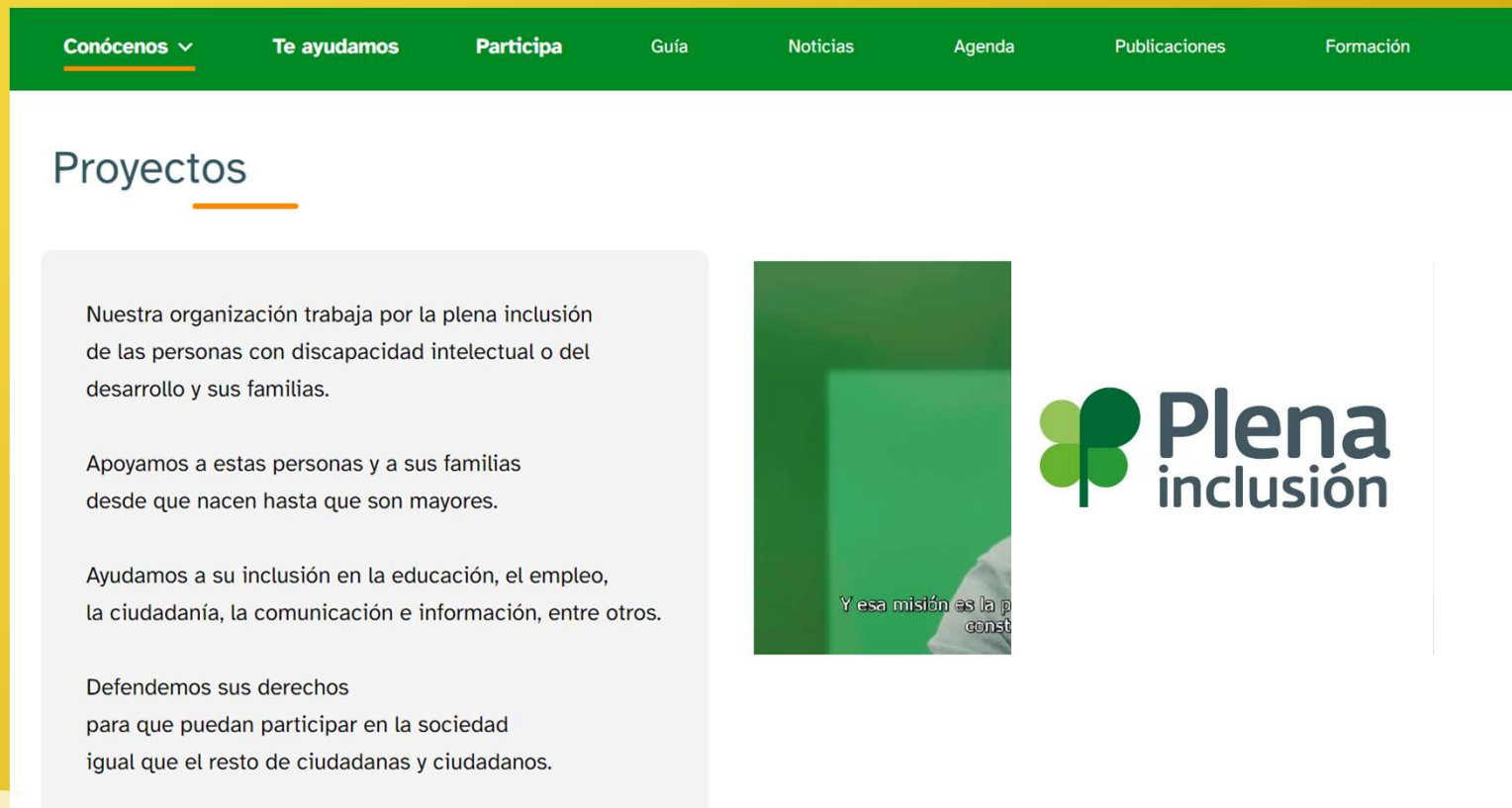
[Inicio](#) → [Programas](#)

Los programas de Asaenes

La esencia de nuestra entidad son las personas con problemas de salud mental, sus familiares y allegados porque son los protagonistas de la misión. Asaenes gestiona y lleva a cabo un amplio abanico de programas de apoyo social para ayudar a nuestros colectivos.

RED DE ATENCION COMUNITARIA

- ❑ **PLENA INCLUSIÓN- Andalucía:** programa de atención a la discapacidad intelectual.



The screenshot shows the website's navigation menu with the following items: **Conócenos** (with a dropdown arrow), **Te ayudamos**, **Participa**, **Guía**, **Noticias**, **Agenda**, **Publicaciones**, and **Formación**. The main content area is titled **Proyectos** and contains the following text:

Nuestra organización trabaja por la plena inclusión de las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y sus familias.

Apoyamos a estas personas y a sus familias desde que nacen hasta que son mayores.

Ayudamos a su inclusión en la educación, el empleo, la ciudadanía, la comunicación e información, entre otros.

Defendemos sus derechos para que puedan participar en la sociedad igual que el resto de ciudadanas y ciudadanos.

On the right side of the page, there is a green image with the text "Y esa misión es la p const" and the **Plena inclusión** logo, which consists of a stylized green leaf icon and the text "Plena inclusión".

RED DE APOYO COMUNITARIA

ATENCIÓN A LAS ADICCIONES: dificultades en patología dual

- ***CPD:** solo coordinación y seguimiento comunitario puntual. No hay intervención especializada en el centro.
- * **ASPAD:** Taller de patología dual de forma no continua.

14:13 [S] [M] [Bluetooth] [Signal] [Wi-Fi] [25%]

TEMAS: PSOE-ERC Amnistía · Princesa Leonor · Línea 2 Metro · Halloween

☰ **Diario de Sevilla** [REGÍSTRATE] [User]

SB salud bienestar

| SALUD MENTAL

Patología dual: cuando las adicciones se encuentran con la enfermedad mental

- El alcohol, responsable del mayor número de trastornos mentales en personas con patología dual



La relación entre las adicciones y la salud mental

[Home] [Back] [Forward]

- Entre un **50-70%** de los pacientes con trastorno adictivo padecen, simultáneamente, una patología psiquiátrica. Los mayores detonantes:
- **1º- Alcohol** (responsable directo de entre el 16-25% de los trastornos mentales en personas con patología dual)
- **2º, cannabis y**
- **3º- cocaína**
- Sin abstinencia, es muy difícil establecer un diagnóstico adecuado ni comenzar la mayoría de los tratamientos farmacológicos por su incompatibilidad.
- Es fundamental adquirir hábitos de vida saludables para prevenir situaciones de riesgo y contar con estrategias de superación a través de alianzas personales
- La patología dual es muy compleja y requiere equipos médicos y psiquiátricos especializados.

Bernardo Ruiz Victoria
Psicólogo fundador del Programa Victoria.

DERIVACIONES A RECURSO COMUNITARIO

	763	RECURSO FAISEM	CT/ OTRO RECURSO ESPECIALIZ	RECURSO DISCAPACID	MAYORES	CT DROGAS
2020 (28)	9			1		
2021 (36)	1	2	4	1	1	1
2022 (36)	9	1	6	1		
2023 (30)	1	2	3	1		

LIBERTADES VIGILADAS:

AÑO 2020: 02

AÑO 2021: 01 + 01 CESE DE LA MEDIDA

AÑO 2022: 01

AÑO 2023: 03 (2 con familia y 1 a recurso residencial)

ESTUDIO DE REINCIDENCIA

- 1 Compartir el trabajo que se viene realizando desde el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla (HPPS), orientado a la recuperación e integración social de los pacientes con trastorno mental grave (TMG)
- 2 Mediante el estudio empírico, objetivar la realidad de los pacientes que, habiendo cumplido la medida de seguridad privativa de libertad, se reintegran al medio social comunitario
- 3 Evidenciar la existencia de un bajo nivel de reincidencia delictiva de los pacientes con TMG, frente a la creencia generalizada de peligrosidad que acentúa la estigmatización de estas personas
- 4 Contrastar los niveles de reincidencia de los pacientes del HPPS con los obtenidos en otros estudios internacionales
- 5 Conocer las principales variables relacionadas con la reincidencia, con el objetivo principal de intervenir y mejorar la integración y normalización de los pacientes en el contexto comunitario
- 6 Favorecer la red de colaboración entre las distintas Administraciones, Entidades y Asociaciones implicadas en la atención de las personas con TMG

Características generales del estudio:

- ◉ Estudio de la reincidencia delictiva de los pacientes que abandonan el HPPS entre los años **2008-2012**
- ◉ Muestra: N=**285**
- ◉ El control de la reincidencia se efectúa en diciembre de **2013** (libertades producidas del 1/1/2008 al 31/12/12):
 - **Reingresan 42 personas (13,7% del total que salieron en libertad).**
- ◉ En diciembre de **2016** se hace un segundo corte del estudio (libertades producidas del 1/1/2008 al 31/12/16)
- ◉ Estudio: **ex post facto retrospectivo**

Variables analizadas en el estudio de valoración de la reincidencia (30 variables)

- Edad
- Estado civil
- Estudios
- Residencia
- Inimputabilidad
- Antecedentes penales
- Delito
- Víctima del delito
- Familiar víctima del delito
- N° de medidas
- Duración de las medidas
- Tiempo cumplido
- Ingresos anteriores
- Incidentes comportamentales
- Diagnóstico
- N° de diagnósticos
- Drogodependencia
- Destino de salida
- Zona USM
- Seguimiento USM
- Tutela familiar
- Dependencia
- Necesidad de dependencia
- Incapacitación
- Pensión
- Tipo de pensión
- Salidas con personal
- Salidas con familia 1 día
- Salidas familia > 1 día
- Salidas a Asociaciones

COMPARATIVA REINCIDENCIA 2013/2016

Año de salida	Reincidenci a 2013	%	Reincidenci a 2016	%
2008	12	25%	13	26,5%
2009	14	26,4%	16	30,2%
2010	7	10,1%	12	17,4%
2011	5	9,4%	11	20,8%
2012	5	8,2%	10	17,2%
Total	43	15,1%	62	22%

VARIABLES RELACIONADAS CON LA REINCIDENCIA (AÑO 2013)

Variables relacionadas con la reincidencia	Sentido de la relación	Significación estadística
Número de medidas de seguridad cumplidas	Los pacientes que reinciden han cumplido más medidas	T= -2,65 p<0.01
Ingresos anteriores en el sistema penitenciario	Los pacientes que reinciden cuentan con más ingresos	T= -4,3 p<0.01
Salidas terapéuticas con personal del centro	Los pacientes que reinciden realizan en menor medida salidas con el centro	T= 2,31 p<0.05
Salidas con familia de 1 día de duración	Los pacientes que reinciden realizan en menor medida salidas con la familia de 1 día	T= 2,33 p<0.05
Número de diagnósticos	Los pacientes que reinciden tienen mayor nº de diagnósticos	T= -2,38 p<0.05
Drogodependencia	Los pacientes que reinciden presentan mayor nivel de drogodependencia	T= -2,32 p<0.05

VARIABLES RELACIONADAS CON LA REINCIDENCIA (AÑO 2016)

VARIABLES RELACIONADAS CON LA REINCIDENCIA	SENTIDO DE LA RELACIÓN	SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
Ingresos anteriores en el sistema penitenciario	Los pacientes que reinciden cuentan con más ingresos	T= -3,64 p<0.01
Salidas familia de larga duración	Los pacientes que reinciden realizan en menor medida salidas con la familia de larga duración	T= 1,89 p<0.05
Salidas con familia de 1 día de duración	Los pacientes que reinciden realizan en menor medida salidas con la familia de 1 día	T= 2,41 p<0.05
Incidentes comportamentales durante el ingreso	Los pacientes que reinciden presentan más incidentes comportamentales durante el ingreso	T=-2,46 p<0.05
Número de diagnósticos	Los pacientes que reinciden tienen mayor n° de diagnósticos	T= -4,49 p<0.01
Drogodependencia	Los pacientes que reinciden presentan mayor nivel de drogodependencia	T= -2,71 p<0.01

CONCLUSIONES FINALES Y PROPUESTAS DE ACCIÓN

- 1 Existencia de un perfil diferencial del paciente con Trastorno Mental Grave.
- 2 Niveles de reincidencia delictiva relativamente bajos en los pacientes con TMG. (13,7% frente a un 20-25 % de la población general).
- 3 La reincidencia está relacionada principalmente con variables de **historial delictivo, psicopatología diversa, salidas terapéuticas y drogodependencia.**
- 4 Intervención adicional en las **variables dinámicas** sobre las que se pueden conseguir cambios: salidas terapéuticas y atención a la drogodependencia.
- 5 **La duración de las medidas y el tiempo efectivo cumplido no tienen relación con la reincidencia.**
- 6 **Actuaciones de apoyo y seguimiento, principalmente en el 1º año tras la salida del HPP y, en especial, en el entorno familiar.**



Alta prevalencia de enfermedad mental en prisión: 4-5% de casos con trastornos graves (2.500 personas).

Deficiente regulación legal y escasez de recursos de atención a la salud mental tanto dentro como fuera de prisión.

Modificación del CP , de la normativa procesal y penitenciaria:

- Mejorar la detección de los trastornos mentales en el proceso judicial y la defensa jurídica.: **supuestos de indefensión**
- Mecanismos de suspensión de la ejecución de la pena cuando no sea imprescindible: **no hay red de apoyo adecuada**
- Eliminación de los internamientos de corta duración: **buscar alternativas comunitarias**
- Establecer mayores garantías en la determinación de los presupuestos de las medidas de seguridad.
- Prever vías que permitan que no ingresen en prisión o que puedan salir de ellas con las medidas de supervisión y atención adecuadas.
- Atención e internamiento en centros de la red sanitaria comunitaria con las medidas de seguridad necesarias.
- El ingreso en unidades psiquiátricas penitenciarias queda reducido a perfiles de gran peligrosidad.
- **Cumplimiento de la ley de cohesión y calidad del sistema de salud: transferencia de los servicios sanitarios penitenciarios a los autonómicos. Ej: Cataluña, País Vasco y Navarra.**



“Trata a un hombre tal como es, y seguirá siendo lo que es.

Trata a un hombre como puede y debe ser, y se convertirá en lo que puede y debe ser”.

Goethe