



Universidad de Valladolid

TRABAJO FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL.

**TRABAJO SOCIAL Y ENFERMEDAD MENTAL EN
PRISION. INTERVENCIÓN DESDE EL CENTRO DE
VILLANUBLA.**

Autor: Laura Terceño Salas.

Tutor: Laura León Domingo

Curso: 4º Grado en Trabajo Social

Curso académico: 2014/2015

Resumen:

En los últimos años se ha producido un incremento del número de personas con enfermedad mental en prisión. Hoy en día, se puede decir que uno de cada cuatro reclusos de los centros penitenciarios españoles son enfermos mentales.

Las prisiones no son lugares pensados para el tratamiento de las enfermedades mentales, además la vida en prisión aumenta el riesgo de que su patología se agrave. El trabajo social tanto en salud mental, como en las prisiones tiene como objeto la intervención social ante las necesidades sociales para promover el cambio, la resolución de los problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la libertad de la sociedad para incrementar el bienestar de las personas con las que trabaja.

Este Trabajo Fin de Grado, pretende dar a conocer la situación de las personas con enfermedad mental dentro de los centros penitenciarios y resaltar la importancia del trabajador social en la salud mental y en prisiones para promover la mejora de la situación de estos enfermos.

Palabras Clave: Salud Mental, Enfermedad Mental, Enfermo Mental, Centros Penitenciarios, Prisiones, Trabajo Social, Trabajo Social Penitenciario, Trabajo Social en Salud Mental.

Índice

INTRODUCCIÓN.	4
1. ASPECTOS BÁSICOS SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL	7
1.1 LA SALUD MENTAL Y ENFERMEDAD MENTAL.	7
1.2 PROBLEMÁTICA Y NECESIDADES.	10
1.3 EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN AL ENFERMO MENTAL.	14
1.4 LA RED DE SERVICIOS Y DISPOSITIVOS EN SALUD MENTAL Y EN SERVICIOS SOCIALES. 17	
2. LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN EL ÁMBITO PENAL Y PENITENCIARIO .. 20	
2.1 EL ENFERMO MENTAL ANTE EL CÓDIGO PENAL ESPAÑOL.	20
2.2 EL SISTEMA PENITENCIARIO ESPAÑOL.	24
2.3 EL LUGAR DE CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD	28
2.4 PERFIL DE LOS ENFERMOS MENTALES QUE ESTÁN EN PRISIÓN	30
2.5 MOTIVOS DE SU ENTRADA EN PRISIÓN.	32
2.6 LA PRISIÓN COMO FORMA DE EXCLUSIÓN SOCIAL.	35
3. ATENCIÓN Y CUIDADOS DEL ENFERMO MENTAL EN PRISIÓN.	38
3.1 PROGRAMA MARCO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMOS MENTALES CRÓNICOS EN CENTROS PENITENCIARIOS (PAIEM).	38
3.2 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES EN EL CENTRO PENITENCIARIO DE VILLANUBLA (VALLADOLID).	43
4. EL PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL	45
4.1 EL PROFESIONAL DEL TRABAJO SOCIAL EN SALUD METAL.	45
4.2 EL PROFESIONAL DEL TRABAJO SOCIAL EN PRISIÓN.	48
5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.	52
6. CONCLUSIONES.	56
7. BIBLIOGRAFÍA.	59

INTRODUCCIÓN.

En las últimas décadas se ha producido un incremento de las enfermedades mentales a nivel mundial. Estas enfermedades influyen de manera negativa sobre la calidad de vida de las personas, haciendo una especial mella en los aspectos psicosociales.

El protagonismo de las enfermedades mentales está creciendo en la actualidad, tanto por sus efectos sobre la salud como sobre la sociedad y la economía, siendo estas patologías una de las enfermedades que generan mayor discapacidad y costes.

De forma paralela al aumento de las enfermedades mentales, en las últimas cuatro décadas se han ido sucediendo cambios muy sustanciales respecto al tratamiento a dar a las personas que padecen una enfermedad mental. Todos los países de una forma u otra han llevado a cabo “reformas” en sus formas de tratar los trastornos mentales.

No obstante, todas las reformas psiquiátricas, se han encontrado con impedimentos comunes:

- Dificultades para transferir los recursos hospitalarios a la comunidad.
- Las reformas en Salud Mental, no se acompañaron de inversiones suficientes para la creación de recursos comunitarios; dando lugar al síndrome de “puerta giratoria”.
- Las reformas tropezaron con prejuicios de los mismos profesionales y de la comunidad hacia el enfermo mental. La participación de los usuarios y de la comunidad a través de las organizaciones ciudadanas ha sido casi nula.
- Sigue predominando un tipo de atención centrado más en lo curativo que en lo preventivo.

Como consecuencia de todo lo anteriormente mencionado, nos encontramos con que la meta global de la reforma psiquiátrica en España que era, la reintegración social y familiar en un contexto comunitario del enfermo mental y la mejora de su funcionamiento psicosocial no se ha logrado, lo que trae consigo problemas para estas personas, debido a la relación tan estrecha que existe entre enfermedad mental y pobreza. Esta situación se agrava en muchos casos por la frecuente falta de una red apoyos sociales y económicos, lo que ha incrementado el número de delitos cometidos, por parte de enfermos mentales que viven en la comunidad. Este aumento de la delincuencia no depende de la enfermedad en sí, sino de sus condiciones de vida.

Los objetivos que se persigue cubrir con el siguiente trabajo son:

- Conocer las características generales y las manifestaciones de la enfermedad mental.
- Conocer la situación de los enfermos mentales en los Centros Penitenciarios, en concreto en el Centro Penitenciario de Villanubla (Valladolid).
- Explicar la relación existente entre el trabajo social y la enfermedad mental.
- Conocer la metodología de intervención social del trabajador social desde los centros penitenciarios.
- Delimitar las funciones del trabajador social en salud mental.
- Conocer la importancia del Trabajo Social en la intervención con el colectivo.
- Resaltar la importancia de la intervención del trabajador social con las personas con enfermedad mental y su entorno.

Para el cumplimiento de estos objetivos el presente trabajo presentará la siguiente estructura:

El primer punto, trabajaremos el tema de la salud mental pues consideramos esencial hablar, en primer lugar, de los rasgos generales de la salud y la enfermedad mental, cuáles son sus principales necesidades, la evolución en el tratamiento de estos enfermos y la red de servicios y dispositivos en salud mental y en servicios sociales y de esta manera sentar una base de conocimientos que permitirán avanzar en este trabajo de manera más clara y precisa.

En un segundo punto, explicaremos como están integradas las personas con enfermedad mental dentro del Sistema Penal y Penitenciario para posteriormente analizar la tipología de los enfermos mentales que están en prisión y los motivos de su entrada en esta. Para finalmente acabar el punto analizando como las prisiones se han convertido en un medio de exclusión social.

En el tercer punto analizaremos el PAIEM, (Programa marco para la atención integral a enfermos mentales crónicos en centros penitenciarios) y como está siendo aplicado en el centro penitenciario de Villanubla (Valladolid)

El cuarto punto se estudiara las funciones de los trabajadores sociales tanto en salud mental, como en las prisiones para poder así, conocer la importancia de la profesión en estos dos colectivos.

Po último, la finalización de este trabajo consistirá en una propuesta de intervención y las conclusiones generales de este trabajo.

1. ASPECTOS BÁSICOS SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL.

1.1 LA SALUD MENTAL Y ENFERMEDAD MENTAL.

Para poder entender que es la salud mental hay que empezar por hacer referencia al concepto de salud que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” Esta concepción de la salud es interesante porque entiende a la misma desde una perspectiva bio-psico-social y esta perspectiva deberá ser incluida en los sistemas sanitarios de los países miembros de la OMS, entre los cuales se encuentra España.

De este modo tampoco podemos entender la salud mental, como la ausencia de un trastorno mental y según la OMS se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Dicho de otro modo, “la Salud Mental está presente, en desarrollo, en construcción, o en deterioro en las distintas prácticas sociales. Está en juego en el trabajo, en el estudio, en la vida familiar, en las organizaciones del tiempo libre, en todos los grandes rubros que refieren a la vida cotidiana”. (Vanesa, A. y Elisa, M. 2010).

De estas concepciones sobre la salud mental, podemos deducir que una enfermedad mental es un estado en el que la persona tiene dificultades para afrontar los conflictos de la vida diaria, para trabajar de forma efectiva y contribuir a la sociedad.

En la actualidad los criterios básicos que sirven para diagnosticar los distintos trastornos mentales se encuentran recogidos en el DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) que define el trastorno mental como “un síndrome por una alteración significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental”.

Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea, social o de otras actividades importantes.

Las causas que llevan a una persona a padecer una enfermedad mental son hoy todavía una incógnita, no obstante se cree que son necesarios varios factores para que aparezca una enfermedad mental.

Siguiendo el manual de rehabilitación psicosocial de personas con enfermedad mental crónica(2011), en la actualidad se reconocen cuatro tipos de factores: factores endógenos, que son los factores heredados por la persona, factores orgánicos, son las lesiones que puede padecer el cerebro a lo largo de la vida, los factores de orden psicológico, conflictos en la propia personalidad y finalmente los factores sociales, que son los constituidos por la influencia sobre el individuo tiene el medio ambiente.

Los trastornos psiquiátricos se clasifican en cuatro grupos:

- Los trastornos psicóticos. Se produce una pérdida del juicio de realidad, con delirios y alucinaciones.
- Los trastornos neuróticos. Son enfermedades que se caracterizan por conflictos intrapsíquicos que causan ansiedad pero no anulan el juicio de la realidad.
- El trastorno psicopático. Este caracterizado por una inmadurez temperamental y una intolerancia a la frustración. No se produce una pérdida del contacto con la realidad ni produce alteraciones emocionales, sin embargo incapacitan a la persona para el aprendizaje y la adaptación al entorno por lo que dan lugar a conflictos en las relaciones interpersonales y a problemas en las relaciones sociales.

- El trastorno mental orgánico. Son los trastornos relacionados con un agente específico (enfermedad médica o sustancia tóxica) que provoca un daño estructural del Sistema Nervioso Central.

Es importante reflejar que los trastornos mentales, son enfermedades crónicas, que duran mucho tiempo y que además en la actualidad se desconoce su cura. Así, podemos definir como enfermos mentales crónicos a las "Personas que sufren ciertos trastornos psiquiátricos graves y crónicos (...) que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación a aspectos de la vida diaria, tales como: higiene personal, autocuidado, autocontrol, relaciones interpersonales, interacciones sociales, aprendizaje, actividades recreativas y de ocio, trabajo, etc.; y que además dificultan el desarrollo de su autosuficiencia económica. Así mismo muchas de estas personas han estado hospitalizadas en algún momento de sus vidas, variando su duración según los casos" (Goldman, Gatozzi y Tanbe, 1981).

1.2 PROBLEMÁTICA Y NECESIDADES.

La OMS estima que las enfermedades mentales han aumentado considerablemente en las últimas décadas. Cabe destacar que los trastornos mentales son enfermedades muy prevalentes y constituyen un problema de salud pública con un gran impacto en términos de dependencia, discapacidad, costes económicos y sanitarios. Aproximadamente un 14% de la carga global de las enfermedades a nivel mundial puede ser atribuida a trastornos neuropsiquiátricos, la mayoría debidos a enfermedades de naturaleza crónica como por ejemplo la depresión (Prince et al., 2007). Entre las enfermedades no fatales, la depresión es la mayor causa de años vividos con discapacidad.

En España se han desarrollado estudios para evaluar la prevalencia de trastornos mentales entre la población. El estudio más reciente de carácter diagnóstico es el ESEMeD (Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales), que describe que el 15,7% de los hombres y el 22,9% de las mujeres en España presentaron alguna vez en su vida algún trastorno mental.

Los resultados de este estudio muestran una mayor prevalencia de problemas de salud mental en las mujeres que en los hombres. Se observa que las personas con peores condiciones socioeconómicas presentan una mayor prevalencia de problemas de salud mental (sin estudios o primarios: 16,7% hombres, 29,1% mujeres). En ambos sexos las personas separadas legalmente y divorciadas presentan mayor prevalencia.

En relación a la zona de residencia, los hombres que viven en áreas rurales presentan menor prevalencia de problemas de salud mental (12,2%). Además, las personas con menor apoyo social son las que tienen mayor prevalencia de problemas de salud mental.

En cuanto a las variables relacionadas con la vida laboral, se observa mayor prevalencia de problemas de salud mental en las personas con baja laboral (43,3% hombres y 47% mujeres), desempleadas (27,9% hombres y 30,2% mujeres) y jubilados/as o pensionistas.

Entre las personas que trabajaban, presentan mayor prevalencia de problemas de salud mental los que tienen contratos laborales precarios (temporales o sin contrato) y las personas que tienen mayor nivel de estrés relacionado al trabajo (21,7% hombres y 30,6% mujeres).

Las personas que sufren enfermedades mentales presentan una problemática compleja que no se reduce solo a una sintomatología psicopatológica, ya que también tienen afectadas las áreas de su funcionamiento psicosocial y de participación en la comunidad.

Muchas de las personas que padecen una enfermedad mental también tienen discapacidades para desenvolverse por ellos mismos en su vida diaria. Por lo que es necesario utilizar parámetros de valoración del funcionamiento social que nos aporten información con respecto al grado de autonomía e independencia de la persona y de sus necesidades de supervisión y apoyo.

Las grandes áreas que deben ser tenidas en cuenta a la hora de valorar la severidad de la pérdida de desempeño social (Blanco, A. y Pastor, A. 1997):

- Autocuidados: falta de higiene personal, deficiente manejo de su entorno, hábitos de vida no saludables, etc.
- Autonomía: deficiente manejo del dinero, dependencia económica, falta de autonomía en el manejo de transportes, nula utilización del ocio y tiempo libre, etc.
- Autocontrol: incapacidad de manejo de situaciones de estrés, falta de competencia personal, etc.
- Relaciones Interpersonales: falta de red social, inadecuado manejo de situaciones sociales, déficit en habilidades sociales.
- Ocio y tiempo libre: aislamiento, incapacidad de manejar el ocio, incapacidad de disfrutar, falta de motivación e interés.
- Funcionamiento cognitivo: dificultades de atención, percepción, concentración y procesamiento de información.
- Funcionamiento laboral: falta de experiencia o fracaso laboral, expectativas laborales desajustadas, falta de hábitos básicos de trabajo, dificultades de manejo sociolaboral, etc.

Estos déficits suelen dar lugar a situaciones de marginación y exclusión social por lo que se hace necesario que se implanten servicios de rehabilitación psicosocial que sirvan para la recuperación o adquisición de las habilidades necesarias para su vida diaria y para lograr la integración social de este sector de población.

Tomando como referencia el manual de rehabilitación psicosocial de personas con enfermedad mental crónica (2011), entendemos que las necesidades y problemáticas de los enfermos mentales son múltiples y variadas. Como personas y ciudadanos que son, antes que enfermos mentales, comparten con el resto de la población problemáticas y necesidades comunes (alimentación, higiene, salud, alojamiento, seguridad, convivencia, afecto, sexualidad, apoyo social y familiar, trabajo, etc.). Y además presentan dificultades y necesidades específicas vinculadas a la problemática psiquiátrica y psicosocial peculiar de este colectivo. Siguiendo con el mismo manual, se podrían indicar las siguientes necesidades específicas:

- Atención y tratamiento de la salud mental. Los pacientes necesitan adecuados procesos de diagnóstico y tratamiento psiquiátrico (fundamentalmente psicofarmacológico) que permitan controlar su sintomatología psicopatológica, prevenir la aparición de crisis o controlarlas y mejorar su funcionamiento psicológico.
- Atención en crisis. Los pacientes que están recibiendo un adecuado tratamiento psiquiátrico, pueden experimentar crisis periódicas. La atención en crisis, a través en muchos casos de la hospitalización breve, deberá ayudar al paciente a estabilizar y reajustar su situación psicopatológica y a posibilitar la recuperación de su nivel de funcionamiento.
- Rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social. Muchos de las personas presentan variados déficit y discapacidades que dificultan su autonomía y su integración en la vida comunitaria. Por ello, necesitan que estos programas les ayuden a recuperar y/o adquirir las capacidades y habilidades necesarias para vivir y relacionarse en la comunidad y para favorecer una integración social efectiva en sus entornos sociales y familiares.

- Rehabilitación laboral y apoyo a la integración en el mercado del trabajo. La integración laboral es un componente clave para facilitar la autonomía, independencia e integración social de cualquier persona. Sin embargo, la mayoría de los enfermos mentales crónicos, están desempleados o excluidos del mundo laboral y presentan importantes dificultades para acceder y mantenerse en puestos de trabajo.
- Alojamiento y atención residencial comunitaria. Muchos enfermos tienen dificultades para cubrir de forma autónoma sus necesidades de alojamiento y cuidado. Ante esta situación, es necesario contar con un abanico de alternativas de vivienda y atención residencial, que cubran sus diferentes necesidades de alojamiento, cuidado y supervisión, permitiendo su mantenimiento en la comunidad en las mejores condiciones de autonomía y calidad de vida posibles.
- Apoyo económico. Muchos pacientes tienen dificultades para alcanzar una mínima autosuficiencia económica. Se hace, pues, necesario, ayudarles a cubrir sus necesidades económicas mínimas cuando no cuentan con otros ingresos ni tienen apoyo económico de sus familias, tanto para evitar situaciones de pobreza como para facilitar su autonomía y manejo en el entorno social.
- Protección y defensa de sus derechos. La problemática psiquiátrica y psicosocial de las personas enfermas mentales crónicas y las barreras y desventajas sociales que sufren, hacen de esta población un grupo especialmente indefenso y vulnerable ante posibles abusos, situaciones de desprotección y obstáculos para el pleno acceso y ejercicio de sus derechos civiles como ciudadanos de pleno derecho.
- Apoyo a las familias. La convivencia con el paciente puede suponer dificultades y conflictos, que en ocasiones puede llevar a las familias a sentirse desbordadas y con escasos recursos para hacer frente a dichos problemas. En algunos casos esta situación puede degenerar en una importante tensión y sobrecarga para las familias.

1.3 EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN AL ENFERMO MENTAL.

En este apartado se pretende reflejar cómo ha cambiado la forma de atender a las personas con enfermedad mental a lo largo de la historia de España. En primer lugar hay que señalar que los enfermos mentales a lo largo de la historia han sufrido la marginación del resto de la sociedad, pero tomado como referencia a Pileño, Morillo, Salvadores y Nogales (2003), podemos decir que se ha ido adaptando la enfermedad mental al contexto cultural, sin embargo, hasta hace solo unas décadas los recursos disponibles para atender al enfermo mental eran muy escasos.

Un aspecto a tener en cuenta, para entender la evolución del trato a la enfermedad mental, es la pobreza ya que, la relación entre pobreza y “locura” se puede observar desde la época medieval hasta la actualidad.

En los siguientes párrafos vamos a intentar sintetizar la evolución de la atención al enfermo mental en España tomando como referencia el artículo Pileño, Morillo, Salvadores y Nogales (2003).

El inicio de los cuidados a los enfermos mentales en España se encuentra en el año 1400, cuando Fray Juan Gilabert Jofré, se interesó por el cuidado de los enfermos mentales y convenció a los habitantes de Valencia para construir un hospital que acogiera a los locos que andaban por las calles de su ciudad. Así, en 1409 se edificó el Hospital de Inocentes, cuya función era la de atender a los enfermos locos. A los internos, se les obligaba a trabajar en la granja, en el jardín, en la limpieza y en los servicios, si eran hombres; cosiendo, tejiendo o confeccionando vestidos, si eran mujeres. Se trataba siempre de evitar la inactividad, pues se creía que la ociosidad les podía perturbar más. Si eran desobedientes o se mostraban furiosos, se les azotaba, se les colocaban grilletes, incluso de forma permanente o se les encerraba en jaulas o gavias. Se les vestía uniformadamente con sayos hechos de jirones y con una caperuza de loco.

La creación de este primer manicomio supuso un cambio en la visión de la locura por parte de la sociedad, que hizo que durante todo el siglo XV proliferaran hospitales para locos por toda España, hasta tal punto, que se llegó a la necesidad de integrar los pequeños hospitales y convertirlos en hospitales generales, con secciones o departamentos para dementes y locos.

En el siglo XVI, Luis Vives, pensador católico, propuso que los pobres privados de juicio debían ser tratados con sumo cuidado y respeto.

Durante el siglo XVII, la atención y los cuidados de los enfermos se basaban en la alimentación sana, abundante y variada, y se ponía especial esmero en la limpieza corporal de los pacientes mediante el baño.

En el siglo XVIII, aumentó la población española, desaparecieron las hambrunas y las grandes epidemias del pasado, creció la producción económica y surgieron expectativas de desarrollo de los recursos existentes. No obstante, los hospitales continuaban impregnados de la caridad religiosa, sin un tratamiento sistematizado y profesionalizado. La consolidación del Estado moderno supuso que en el último tercio de este siglo el poder público asumiera conciencia de su responsabilidad en este ámbito. La locura, en esta época, está estrechamente ligada a alteraciones morales generadas por factores sexuales, formas de vida desintegradas, problemas económicos, relaciones familiares alteradas.

En el siglo XIX, en España, el principal remedio era el aislamiento de los enfermos del resto de la sociedad. Encerrándolos en hospitales, que pretendían dominar y domar al loco. Estos hospitales, además de estar bien situados y disponer de un recinto vasto y espacioso, debían ser construidos de manera que permitieran la separación de las diversas clases de locos, evitando que éstos se relacionasen entre sí, con el fin de prevenir la recaída.

Los cuidados al enfermo estaban enfocados hacia la tranquilización, no había métodos correctivos, únicamente con paciencia, bondad, actuaciones cuidadosas, limpieza y buen sentido se cuidaba al enfermo. Había habitaciones acolchadas para casos de agitación.

En 1914, en España, se empieza a desarrollar la enfermería mental profesional. Los enfermos mentales son custodiados en dos sistemas: el penitenciario y el sanitario. En 1924 se crea la Escuela Nacional de Sanidad y en 1926 se inaugura una escuela de Psiquiatría dotada con toda clase de elementos para la investigación científica del enfermo mental y su tratamiento y curación. Se abordó la mejora los manicomios, descongestionándolos y convirtiéndolos en hospitales psiquiátricos activos.

En 1986 se inicia en España la reforma psiquiátrica, a partir de la promulgación de la ley general de sanidad, que consiguió que la atención psiquiátrica fuera incluida como una prestación más del Sistema Nacional de Salud. De este modo se logra el reconocimiento de las personas con enfermedad mental, como ciudadanos de pleno derecho, al poder acceder a servicios de salud mental de carácter público, universal y gratuito.

También se produce un cambio en la cultura asistencial, ya que se pasa de atender a los enfermos en hospitales psiquiátricos a una asistencia en la comunidad.

En la actualidad no existe un único programa de salud mental aplicable al conjunto del territorio español. Por lo que, cada Comunidad Autónoma tiene una organización de la atención a la salud mental y unas prestaciones asistenciales propias, generándose de este modo desigualdades en el modo en el que se trata la enfermedad mental entre las distintas Comunidades Autónomas.

1.4 LA RED DE SERVICIOS Y DISPOSITIVOS EN SALUD MENTAL Y EN SERVICIOS SOCIALES.

Como hemos dicho en el apartado anterior, a raíz de la reforma psiquiátrica la asistencia a los enfermos mentales se realiza en la comunidad. Para que la atención comunitaria sea posible es necesario que exista una red integral y coordinada de servicios y programas que den respuesta a sus necesidades y permitan su rehabilitación e integración real en la comunidad.

Esta red está formada tanto por recursos a nivel sanitario como recursos a nivel social, ya que, “las enfermedades mentales en la mayor parte de los casos desbordan el ámbito sanitario-psiquiátrico y se expresan en dimensiones sociales y psicosociales” (Rodríguez, A. 2004).

Siguiendo el Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave del IMSERSO (2007), los servicios y prestaciones existentes para satisfacer las necesidades de los enfermos mentales son pueden ser:

- Servicios Comunitarios Normalizados. La utilización de recursos socio comunitarios normalizados es clave para la integración social. Estos servicios son, por ejemplo, los de los servicios sociales o sanitarios generales, los servicios de educación y formación, o los de ocio y cultura, los canales de participación en actividades religiosas, etc., según las características, deseos y posibilidades de cada persona y situación.
- Servicios Sanitarios Especializados. Son los servicios y recursos sanitarios que atienden a las personas con enfermedad mental. Entre estos recursos están:
 - Servicio de Salud Mental (SSM). Es un dispositivo de tratamiento en equipo interdisciplinar. Debe estar ubicado en la propia comunidad (no en un hospital) y con un área de atención sectorizada delimitada, de forma que los profesionales puedan conocer y realizar un seguimiento adecuado de cada caso en su área de trabajo.

- Programas de Atención Precoz. Protocolos de intervención para la detección y tratamiento precoz que evite la aparición de deterioro psicosocial posterior.
- Hospital de Día. Se trata de un dispositivo sanitario específico para usuarios graves que ofrece, en régimen de hospitalización parcial, tratamientos intensivos, durante el tiempo preciso en cada caso, destinados a promover un cambio en el funcionamiento psicológico del usuario que permita la continuidad de seguimiento y tratamiento ambulatorio en su Servicio de Salud Mental.
- Unidades de Crisis. Es un dispositivo que tiene el objeto de atender en régimen de hospitalización completa a pacientes con episodios agudos, que no pueden ser tratados de forma adecuada en otros dispositivos del sistema.
- Unidades Hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación. Es un dispositivo sanitario de carácter hospitalario diseñado para cumplir funciones integradas de tratamiento, rehabilitación y contención. Son necesarias cuando el usuario presenta patología grave cuyos problemas y necesidades no son abordables de forma ambulatoria, y para los que la unidad de crisis no supone una atención suficiente
- Servicios de Rehabilitación Psicosocial.
 - Centro de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)
 - Rehabilitación laboral y técnicas de facilitación de acceso al empleo. Pretende dotar a la persona de un proyecto de vida a través del desempeño de un trabajo.
- Servicios Sociales:
 - Servicios sociales generales. Son las prestaciones sociales esenciales para cubrir sus necesidades sociales básicas y favorecer su integración social.
 - Servicios para personas con reconocimiento de discapacidad.
 - Servicios del Sistema de Autonomía y Atención a la dependencia.

- **Apoyo al Empleo.** Incluye la formación profesional ocupacional, el apoyo a la contratación y promoción del empleo, la creación de centros especiales de empleo o intermediación laboral.

2. LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN EL ÁMBITO PENAL Y PENITENCIARIO.

2.1 EL ENFERMO MENTAL ANTE EL CÓDIGO PENAL ESPAÑOL.

El Código Penal español está recogido en la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. El código Penal (CP) define los delitos y faltas que constituyen los presupuestos de la aplicación de la forma suprema que puede revestir el poder coactivo del Estado: la pena criminal. El Código Penal ha de tutelar los valores y principios básicos de la convivencia social.

Tal y como dice D. Torrente (2001:74 y 75), “La delincuencia como fenómeno y el delito como manifestación, son el resultado de una construcción social» en la que intervienen múltiples actores. De manera, que para que un suceso llega a percibirse o no como delito, depende, de variables tan dispares como el contexto de la situación, la clase social del desviado, su relación con la víctima (si la hay), los valores de la persona que juzga, la biografía del sujeto”.

La regulación de la enfermedad mental dentro del Código Penal español recoge aspectos tales como: el grado de responsabilidad del enfermo en el caso de que haya cometido un delito, las sanciones generales y/o las medidas que puedan serle aplicadas, el lugar de cumplimiento de estas medidas etc.

El capítulo II del código nos habla de las causas que eximen de la responsabilidad criminal y en su artículo 20 se recoge que están exentos de responsabilidad criminal:

1º. El que al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión. El trastorno mental transitorio no eximirá de pena cuando hubiese sido provocado por el sujeto con el propósito de cometer el delito o hubiera previsto o debido prever su comisión 3º. El que, por sufrir alteraciones en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia, tenga alterada gravemente la conciencia de la realidad.

En estos supuestos se aplicarán las medidas de seguridad previstas en este Código.

En su artículo 21 del Código penal, se expone cuales son circunstancias atenuantes de un delito y entre otras nos habla de “las causas expresadas en el capítulo anterior, cuando no concurrieren todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad en los respectivos casos”.

Por otro lado, también se considera que estará exento de responsabilidad la persona que según el Artículo 60 del Código, que “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, 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.”

De estos artículos se extrae que la enfermedad mental puede ser considerada de dos maneras distintas:

- a) Como una eximente completa: en estos casos las personas con enfermedad mental están exentas de responsabilidad criminal. Se considera que en el momento de cometer el delito no tenían la capacidad suficiente para entender que su conducta era ilícita y estaban causando un daño. Por este motivo, se considera a estas personas inimputables, por lo tanto, no se les podrá imponer una pena de prisión pero si se les podrán aplicar medidas de seguridad.

- b) Como una eximente incompleta. En este caso la persona con enfermedad mental sí será juzgada y recibirá una sanción penal. La enfermedad mental será un atenuante del delito y en el caso de que haya sólo una circunstancia atenuante, se aplicará la pena en la mitad inferior de la que fije la ley para el delito y que cuando concurren dos o más circunstancias atenuantes, o una o varias muy cualificadas, y no concorra agravante alguno, aplicarán la pena inferior en uno o dos grados a la establecida por la ley. En estos casos las personas con enfermedad mental sí podrían acabar en prisión y el cumplimiento de la pena de prisión se va a ejecutar en un centro penitenciario común.

El problema que se les presenta a los jueces, ante la comisión de un delito por parte de una persona sospechosa de tener dicha enfermedad, consiste en decidir si esa persona estaba suficientemente perturbada en el momento de cometer el delito, como para ser exculpada de la pena y por tanto ha de ser declarado inimputable.

Una vez resuelto ese conflicto, entre punir el delito o tratar la enfermedad y desresponsabilizar al que la padece. La respuesta que el sistema penal ha venido dando a dicho delincuente declarado inimputable, es lo que se conoce como medida de seguridad. Dicho de otro modo, son las medidas alternativas a la pena de prisión.

El artículo 96 del CP nos destalla cuales son las medidas de seguridad recogidas en el Código. Las medidas que se pueden imponer con arreglo a este Código son privativas y no privativas de libertad.

Son medidas privativas de libertad: El internamiento en centro psiquiátrico, el internamiento en centro de deshabitación, el internamiento en centro educativo especial. Por otro lado, son medidas no privativas de libertad: La inhabilitación profesional, la expulsión del territorio nacional de extranjeros no residentes legalmente en España, la libertad vigilada, la custodia familiar, la privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores y la privación del derecho a la tenencia y porte de armas.

De este modo, y según el Artículo 101, al sujeto que sea declarado exento de responsabilidad criminal conforme al número 1.º Del artículo 20, se le podrá aplicar, si fuere necesaria, la medida de internamiento para tratamiento médico o educación especial en un establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie, o cualquier otra de las medidas previstas. El internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si hubiera sido declarado responsable el sujeto, y a tal efecto el Juez o Tribunal fijará en la sentencia ese límite máximo.

Por su parte, el Artículo 104 explica que en los supuestos de eximente incompleta en relación con los números 1.º, 2.º y 3.º del artículo 20, el Juez o Tribunal podrá imponer, además de la pena correspondiente, las medidas previstas en los artículos 101, 102 y 103. No obstante, la medida de internamiento sólo será aplicable cuando la pena impuesta sea privativa de libertad y su duración no podrá exceder de la pena prevista por el Código para el delito.

2.2 EL SISTEMA PENITENCIARIO ESPAÑOL.

La evolución de la sociedad española en los últimos 40 años ha llevado consigo una redefinición del sistema penitenciario español. El gran acontecimiento que ha hecho posible esta transformación ha sido la aprobación de la Constitución Española de 1978, pues ha sido el hilo conductor de los grandes cambios que se han llevado a cabo tanto en la legislación penal como en el tratamiento de los reclusos y en las condiciones de las prisiones.

Los centros penitenciarios son aquellos establecimientos de internamiento enfocados para la reeducación y la reinserción social, en los que ingresan detenidos, aquellas personas adultas que se encuentran dentro del ámbito de la jurisdicción penal por haber cometido un hecho que, en la actualidad, se considera ilegal.

El sistema penitenciario está regulado por un marco jurídico formado por: la Constitución Española de 1978, en especial, el artículo 25.23 “las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social”, la Ley Orgánica 1/1979 de 26 de septiembre General Penitenciaria (LOGP) y el Reglamento Penitenciario 190/1996 de 9 de febrero y sus modificaciones posteriores.

Los objetivos de la administración pública y, por tanto, de las propias prisiones, deben estar en consonancia con estas tres normas, de modo que la reeducación y la reinserción sean el fin principal a conseguir, tratando de corregir los efectos perjudiciales del internamiento y facilitando las relaciones entre el individuo y la sociedad.

Siguiendo la guía sobre el sistema penitenciario español, de la secretaria general de instituciones penitenciarias (2010), el sistema penitenciario cuenta con un equipo multidisciplinar de profesionales formado por: juristas, trabajadores sociales, psicólogos, educadores, personal sanitario, sociólogos y personal de interior y vigilancia.

La Administración General del Estado cuenta, a finales de 2009, con 67 centros penitenciarios ordinarios, 25 Centros de Inserción Social, dos Unidades de Madres y 13 Unidades Dependientes

Siguiendo con la misma guía, podemos decir que las prisiones congregan a personas con múltiples y diversos problemas. Para dar respuestas positivas a todos ellos se hace necesaria la diversificación e Individualización de las actuaciones. Para llevarlo a cabo cuenta con diversos tipos de centros de internamiento donde se ingresa a los reclusos en atención a sus características personales y su situación penal:

- Centros penitenciarios ordinarios, son los centros donde se cumple la condena impuesta por el juez que exige en la reclusión permanente del interno en medio cerrado. Los centros penitenciarios funcionan como ciudades autosuficientes y cuenta con todos los servicios necesarios para su correcto funcionamiento.
- Centros de Inserción Social (CIS) Estos centros están destinados a internos que cumplen su pena en Régimen Abierto o que se encuentran en un proceso avanzado de reinserción.
- Unidades de Madres. La vida en estos módulos está adaptada a los horarios y necesidades de los niños y se intenta que la vida del menor sea lo más parecida posible a la de cualquier niño en el medio libre.

- **Hospitales psiquiátricos penitenciarios** Los hospitales psiquiátricos penitenciarios son centros especiales destinados al cumplimiento de las medidas de seguridad privativas de libertad a internos diagnosticados con trastornos mentales. En estos centros predomina la función asistencial, coordinada por un equipo multidisciplinar que son los encargados de garantizar el proceso de rehabilitación del interno conforme al modelo de intervención biopsicosocial.

El objetivo principal de estos hospitales pasa por conseguir la estabilización psicopatológica de los pacientes y la reducción de su peligrosidad, todo ello, como paso previo a una posible sustitución de la medida de seguridad privativa de libertad por una medida de tratamiento ambulatorio en la comunidad.

La Secretaría General cuenta con dos hospitales psiquiátricos penitenciarios ubicados el primero en Alicante, que se ocupa de la asistencia psiquiátrica penitenciaria del conjunto del territorio nacional, salvo Extremadura, Canarias Andalucía, Ceuta y Melilla, así como de la población penitenciaria femenina del todo el territorio nacional salvo Cataluña que tiene transferidas las competencias en esta materia y el segundo en Sevilla que proporciona asistencia a la población penitenciaria masculina a las Comunidades Autónomas de Andalucía, Extremadura y Canarias, así como a las ciudades autónomas.

Según la propuesta de acción en los hospitales psiquiátricos dependientes de la administración penitenciaria (2011), la situación de estos hospitales se ha ido complicando a lo largo de los últimos años, debido a que en los últimos años prácticamente se ha duplicado su población y además ambas instalaciones presentan: sobreocupación por falta de control efectivo sobre los ingresos y las altas médicas, una estructura orgánica inapropiada, más penitenciaria que sanitaria y dificultades para reclutar el personal técnico necesario.

- Unidades Dependientes. Son unidades pensadas para internos que tienen circunstancias particulares, mayoritariamente son, madres con niños y a mujeres y hombres sin vínculos familiares.

2.3 EL LUGAR DE CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD

Tal y como aluden en el Informe extraordinario de la institución del Ararteko al Parlamento Vasco (2014), El Código Penal no regula en qué instituciones, establecimientos o recursos deben ejecutarse las medidas privativas de libertad. Por su parte, el artículo 20 del RD 840/2011, de 17 de junio, señala que las medidas de seguridad se cumplirán en los centros adecuados, públicos o concertados de las administraciones públicas competentes.

En definitiva, las medidas de seguridad pueden cumplirse en establecimientos públicos y privados, acreditados u homologados, y dentro de los públicos, podrán ser penitenciarios o de la red comunitaria.

La Ley Orgánica General Penitenciaria y el Reglamento Penitenciario obligan a la Administración penitenciaria a crear los recursos o ponerlos a disposición de jueces y tribunales. Sin embargo, la carencia de recursos de la Administración penitenciaria en esta materia es patente. Solo existen, como hemos dicho anteriormente, dos establecimientos psiquiátricos penitenciarios en todo el territorio de la Administración General del Estado: uno en Sevilla y otro en Alicante Y En cuanto a las llamadas “unidades psiquiátricas penitenciarias”, que se integrarían en establecimientos polivalentes, no se han puesto aún en funcionamiento.

La carencia de recursos comunitarios para estas personas es una situación grave, que determina que muchas personas con enfermedad mental, especialmente las que tienen menos recursos y son más vulnerables, acaben entrando en el sistema penitenciario por causa de una deficiente atención en la comunidad o porque una vez en prisión se hace muy difícil su excarcelación por motivos de salud, al no existir recursos adecuados de acogida en la comunidad.

Así se puede decir que “El problema de la escasez de recursos para la asistencia psiquiátrica en el ámbito penitenciario se inscribe, sin embargo, en la más general de falta de atención en nuestra sociedad a la enfermedad mental” (Arateko, 2014:45).

2.4 PERFIL DE LOS ENFERMOS MENTALES QUE ESTÁN EN PRISIÓN

En los últimos años, se ha producido un incremento progresivo y la masificación de la población reclusa en España, siendo una de las tasas más altas por habitantes de los países europeos de nuestro entorno. Según los últimos datos publicados por el Ministerio del Interior, relativos a diciembre de 2013, la población penitenciaria española asciende en la actualidad a 66.765 personas.

La situación actual de las personas con enfermedad mental, puede ser considerada como el principal problema de la sanidad penitenciaria. Pues en la actualidad, se estima que hay más de 18.000 personas con un diagnóstico psiquiátrico ingresadas en los centros penitenciarios. Es decir, uno de cada cuatro internos tiene recogido uno o varios diagnósticos en su historia clínica.

La subdirección general de sanidad, en el año 2006, llevo a cabo un estudio para conocer la situación y el perfil de los enfermos mentales que se encontraban en prisión. Dicho estudio se llevó a cabo en todos los centros penitenciarios dependientes de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, exceptuando los hospitales psiquiátricos penitenciarios. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

La distribución de los sexos en la población penitenciaria era de un 92% de hombres y un 8% de mujeres.

En cuanto a la edad, predomina la presencia de enfermos relativamente jóvenes de 25 a 40 años.

El 17% de los internos tiene recogidos en su historial clínico antecedentes psiquiátricos previos a su entrada en prisión y el 3,2% habían ingresado en un hospital antes de entrar en prisión. Además, la proporción de los enfermos mentales graves dobla a la de la población general.

El tipo de antecedentes psiquiátricos previos a la entrada en prisión son; un 2,6% tienen reconocidos antecedentes por trastornos psicóticos, el 6,9% un trastorno afectivo, 6,9% un trastorno de la personalidad y el 3% otros diagnósticos.

Además de la enfermedad mental hay que tener en cuenta un 44,2% de las personas que entran en prisión tienen antecedentes de dependencia a las drogas y que un 9,6% de estos internos presenta una patología dual, padecen a la vez una patología psiquiátrica y el consumo de drogas.

De este estudio también se extrae que el 25,6% de los internos (uno de cada cuatro) tienen recogido uno o varios diagnósticos psiquiátricos en su historia clínica. El 3,4% de la población reclusa padece un trastorno Psicótico, el 12,8% un trastorno afectivo, el 9,4% un trastorno de la personalidad y el 4,2% otros diagnósticos.

Según datos de Chamizo,J. (2006), que también ha realizado un informe sobre los enfermos mentales en las cárceles andaluzas, se puede decir que el nivel cultural de los internos con enfermedad mental en prisión es muy bajo, casi analfabeto. La generalidad dispone de un nivel cultural educativo ínfimo. La mayoría son analfabetos o han cursado estudios primarios.

El nivel económico es terriblemente bajo. En las prisiones se les suelen gestionar la obtención de la pensión no contributiva. En general, excepto esta prestación, carecen de recursos económicos. La formación Profesional es mínima, habitualmente, carecen de profesión u oficio y si realizan trabajos, son de carácter no cualificado.

Por último y continuando con el mismo autor, vamos a hablar del apoyo familiar con el que cuentan estas personas. Hay casos en los cuales el apoyo familiar se muestra decisivo y contribuye a abordar más adecuadamente al enfermo, conocer así sus circunstancias sanitarias y personales y facilitar la obtención de permisos o el tercer grado penitenciario. No obstante, predomina la ausencia de apoyo familiar. La mayor parte de estos enfermos se hallan totalmente abandonados a su suerte por sus familias. En algunos casos porque comprenden familias desestructuradas; en otros, la retirada de la familia se fundamenta en que llevan padeciendo las dificultades de convivencia desde hace largo tiempo, o han sido las propias víctimas de los delitos cometidos.

2.5 MOTIVOS DE SU ENTRADA EN PRISIÓN.

Según el Informe extraordinario sobre “La atención sociosanitaria a la salud mental de las personas privadas de libertad en la cAPV” de la institución del Ararteko al Parlamento Vasco (2014) podemos decir que una vez constatado el elevado número de personas que se encuentran cumpliendo condena en prisión y que tienen una enfermedad mental y dado que, debido a las patologías mentales que padecen, los centros penitenciarios no son los lugares más adecuados para su salud. La primera cuestión a analizar en este punto será cuáles son las causas que llevan a dicha situación.

La primera de las razones que vamos a analizar está ligada a que durante la tramitación de una causa penal la enfermedad mental con frecuencia pasa inadvertida debido a alguna de las siguientes circunstancias:

- La ausencia de conciencia de enfermedad en la parte imputada, que no comunica o incluso oculta dicha situación.
- La falta de formación o de protocolos adecuados desde la detención, en el ámbito policial.
- La concurrencia de fases judiciales de instrucción rápida, en las que no se posibilita una valoración de la situación personal del imputado.
- La ausencia en los operadores jurídicos de una capacitación específica, para detectar hechos y circunstancias de la persona que pudieran ser relevantes en cuanto a la valoración de su salud mental.
- La procedencia de las personas afectadas de patologías mentales de situaciones de exclusión social, en las que carecen de apoyos familiares o sociales, que puedan evidenciar o sostener su verdadera situación de salud mental que favorece su indefensión.
- La ausencia de un servicio, formado por un equipo multidisciplinar adscrito a los juzgados con funciones de facilitar información de las circunstancias personales y sociales de la persona imputada.

Otra situación que se produce habitualmente es cuando se determina, a través de la prueba forense adecuada, que la persona padece una determinada patología psiquiátrica, pero no se considera en su sentencia que la misma constituya una causa de inimputabilidad. En la sentencia se recoge que no ha quedado acreditado que dicha enfermedad haya afectado a las facultades de la persona en el momento de cometer el delito por el que es juzgado. “En estos casos la persona se ve inmersa en una rueda incongruente del sistema penal, acumulando delitos e ingresos en prisión, sin que desde el sistema penal ni desde la asistencia sanitaria se halle el modo de interrumpir esta espiral, en la que parece que lo único que importa es el efecto segregador de la prisión, que libra a la sociedad de la persona enferma infractora”. (Ararteko. 2014)

Existe otro elemento que ha influido notablemente en el aumento de los enfermos mentales en los centros penitenciarios. Pues en estos momentos "Se ingresa a muchos pacientes en prisión por no existir otro tipo de centros más adecuados para controlar la conducta que en la sociedad llevan determinados pacientes psiquiátricos". (El responsable médico del centro penitenciario Sevilla II, citado por Chamizo, J. 2006).

El cumplimiento de las penas y de algunas medidas de seguridad, en comunidades terapéuticas o en centros de atención a enfermos mentales es una alternativa mucho más positiva para estas personas, que tienen un potencial rehabilitador muy alto, si el tratamiento que reciben es adecuado.

Tomando como referencia a Espinosa Iborra(1997) podemos decir que el aumento de las cifras de población privada de libertad, que son enfermos mentales, está muy ligado al fenómeno de la desinstitutionalización. Ya que, antes de la salida de los enfermos mentales de los manicomios era muy difícil que estos delinquieran, pues la mayoría de ellos pasaban casi toda su vida en estos lugares. A partir del momento en que desaparecen los manicomios y se les deja de proporcionar tratamiento y asilo de por vida, y es lógico, que empiecen a demandar una solución a sus problemas al grupo social al que pertenecen, como cualquier otro de sus miembros, problemas que son fáciles de suponer debido a la relación tan estrecha que existe entre enfermedad mental y pobreza, agravados en muchos casos por la frecuente falta de una red apoyos sociales y económicos, sin contar con las serias deficiencias del propio Sistema Sanitario,

se sabe, por ejemplo, la estrecha relación entre violencia psicótica y abandono de la medicación.

Continuando con el mismo autor, es necesario resaltar que ese incremento de delitos menores, por parte de enfermos mentales que viven en la comunidad, no depende de la enfermedad en sí, sino de sus condiciones de vida. Lo que significa simplemente que cualquier enfermo mental es ante todo una persona, incluida en un contexto concreto y con una historia concreta, de la que la enfermedad no es sino una parte, aunque la condicione a menudo tan negativamente.

Según Gallizo, M. (2013), cuando la enfermedad mental no es atendida de la manera adecuada, esta empieza a desarrollar comportamientos antisociales y se opta por apartar de la sociedad a las personas que los manifiestan en lugar de trabajar para integrarlos en ella. “Algo está fallando seriamente cuando el camino de la enfermedad mental, para muchas personas termina en la cárcel” Mercedes Gallizo (2013).

Según los datos aportados por la propia Subdirectora General Adjunta de Tratamiento de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias en el año 2006, casi el 64% de los enfermos mentales presos se encuentran cumpliendo condena por haber cometido delitos de robo y el 11 % por delitos contra la salud pública. Los delitos más violentos representan un porcentaje muy escaso del total de delitos. Los que sí comenten delitos más violentos son los enfermos infractores declarados inimputables, y a los que se les impuso una medida de seguridad en vez de una pena, por lo tanto con mucha probabilidad cumplirán su medida de seguridad en uno de los dos hospitales psiquiátricos penitenciarios.

2.6 LA PRISIÓN COMO FORMA DE EXCLUSIÓN SOCIAL.

Otro aspecto a tener en cuenta es que el sistema penitenciario español está muy ligado a la exclusión social.

En todas las sociedades, las personas que son diferentes y que tienen un estilo de vida diferente al aceptado por la mayoría de la sociedad, están a un paso de convertirse en excluidos. Eso sí, siempre que carezcan del poder necesario para evitarlo, ya que en tal caso, ese mismo poder les permitirá mantener su hecho diferencial y convertirlo, en un signo de distinción y exclusividad frente a la mayoría. “Cada ámbito de la vida social desarrolla sus propios espacios segregativos encargados de retirar de la circulación y de aparcar a los sujetos que, por diversas circunstancias, han de ser apartados temporal o definitivamente: aquellos que necesitan un refuerzo reeducativo de tipo disciplinar; los que han de ser aislados por razones de salud pública y peligrosidad social; o quienes simplemente estorban debido a que no cumplen función social alguna y su conducta es anormal e incómoda.” César Manzanos (1991:88).

Según Gallizo, M. (2013) la mayor parte de las personas que entran en prisión, pertenecen a las clases bajas, pues las personas que tienen más recursos son menos vulnerables a los males derivados de la marginalidad y de la enfermedad, ya sea esta una adicción o una enfermedad mental.

Las prisiones son el principal espacio segregador que las sociedades modernas han creado. La persona encarcelada, queda fuera de la vida social que había tenido hasta el momento de su entrada en prisión, y pasa a convertirse en un habitante de un mundo paralelo, al del resto de la sociedad en el que su vida está permanentemente vigilada y controlada. Lo paradójico de las prisiones es que se utiliza la exclusión como forma de tratamiento, aplicándola esencialmente a los integrantes de las clases sociales más excluidas de la población.

En la actualidad podemos decir que “la prisión es la forma más categórica de exclusión que permite la ley” (Smith y Stewart, 1997), y aunque, como hemos dicho antes, el artículo 25.2 de la Constitución dice claramente que “las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social”, no se puede obviar que en los centros penitenciarios conviven y entran en contradicción dos principios apenas compatibles: el punitivo, en el que prevalece el interés por la seguridad y el control, y el rehabilitador, que aboga por la reeducación y reinserción social del preso.

El ingreso de las personas en las cárceles se intenta justificar afirmando que las personas que salen de prisión se integran a la sociedad en mejores condiciones que cuando estas entraron. Hoy en día, se encarcela a las personas para que estas puedan ser reajustadas y reeducadas, y de este modo, puedan regresar de nuevo a la realidad social de la que fueron expulsados. Sin embargo, el ingreso en estos establecimientos comporta un proceso irremediable de desidentificación y desocialización, que acaba haciendo que el cambio a un modo de vida socialmente aceptado sea mucho más difícil.

César Manzanos, ha elaborado un modelo en el que se sistematizan las aportaciones de otros muchos autores que también han hablado de los grandes momentos del proceso de reeducación desocializadora que se pone en marcha con el ingreso en la cárcel. Según Manzanos (1991:106-124), se podrían distinguir hasta cinco etapas:

- Ruptura con el mundo exterior. El preso entra a formar parte de un mundo distinto, en el que no solo se aleja físicamente del resto de la sociedad sino que también se separa de sus referencias personales y de los valores presentes en el exterior, creando un fuerte sentimiento de debilidad y abandono.
- Desadaptación social y desidentificación personal. El interno experimenta una verdadera “mutilación del yo”, que le hace perder su identidad inicial y experimentar un proceso de despersonalización y desindividualización que le conduce a integrarse como un número más dentro del colectivo masificado y sin perfiles particulares de los centros penitenciarios.

- Adaptación al medio carcelario. Se produce una adaptación al nuevo contexto, conocido como proceso de prisionización en el que se incorporan actitudes y valores nuevos, es decir, se produce una incorporación del interno a la subcultura carcelaria.
- Desvinculación familiar. Los problemas que los presos tienen para el contacto y el encuentro interpersonal, debido a diferentes circunstancias hacen que se produzca un deterioro en las relaciones familiares y con el exterior.
- Desarraigo social. De la cárcel no se sale siendo un hombre libre, sino convertido en un ex presidiario, con todo lo que esto trae consigo. “La prisión es un lugar de exclusión temporal que imprime sobre los detenidos la marca de un estigma” Rostaing (1996:355).

En el caso de los internos con enfermedad mental la exclusión social es doble, pues si ya de por sí son un colectivo que sufre el rechazo de la mayoría de la sociedad, la entrada en prisión no hace otra cosa más que agravar su situación de exclusión social.

Las personas con enfermedad mental sufren el estigma de ser concebidos como sujetos imprevisibles, peligrosos e incurables, hayan delinquido o no. Este estigma tiene tanta influencia negativa en nuestra sociedad, que da lugar a que el enfermo y sus familias se encuentren con muchas trabas para conseguir acceder a viviendas, lugares de recreo, residencias, trabajo... La realidad social que rodea a estos enfermos, les conduce inexorablemente a una situación de marginalidad, que va a servir de antesala a la delincuencia.

El rechazo que, como se ha dicho antes, produce normalmente en la sociedad el enfermo mental es debido también, al miedo extendido, a que, tras cometer delitos no vayan a estar “encerrados” y aislados del resto de la sociedad de por vida.

De este modo, las personas que cometen delitos son percibidas como más peligrosas que el resto de delincuentes, por la única razón de padecer una enfermedad mental. Sin embargo, y al contrario de lo que generalmente se piensa, y como hemos dicho anteriormente, el tipo de delitos que mayoritariamente cometen es el mismo que el de las personas que sobreviven en la calle con vidas marginales y problemas de drogodependencias.

3. ATENCIÓN Y CUIDADOS DEL ENFERMO MENTAL EN PRISIÓN.

3.1 PROGRAMA MARCO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMOS MENTALES CRÓNICOS EN CENTROS PENITENCIARIOS (PAIEM).

Las prisiones se están convirtiendo en los psiquiátricos del siglo XXI, a pesar de que no son un lugar pensado para tratar enfermedades.

Tomando como referencia a Gallizo (2013) en muchas ocasiones la vida en prisión hace que sus patologías mentales empeoren, convirtiendo a estas personas en sujetos más vulnerables a sufrir abusos o sanciones e incrementando, también, el riesgo de suicidios. Por otro lado, estos enfermos aumentan la conflictividad dentro de las prisiones pues alteran la convivencia dentro de los módulos porque no son capaces de adaptarse con facilidad a las estrictas normas de los centros penitenciarios y en algunos casos ni siquiera son capaces de entenderlas.

Por todo esto, la mejora de la atención a los enfermos mentales dentro del centro penitenciario se ha convertido en un objetivo tanto a nivel ético como profesional dentro del Sistema Penitenciario. Esto se ha reflejado en la puesta en marcha en el año 2008 del programa marco para la atención integral a enfermos mentales crónicos en centros penitenciarios. Este programa, a finales del 2011 se desarrollaba en el 90% de los centros penitenciarios españoles. En los siguientes párrafos vamos a describir los elementos esenciales de este programa tomando como referencia el protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios (2011).

Los objetivos de intervención con internos con enfermedad mental grave o crónica dentro de este programa serían:

- Detectar, diagnosticar y tratar a todos los internos que sufran algún tipo de trastorno mental dentro de los centros penitenciarios.
- Mejorar la calidad de vida de los enfermos mentales, aumentando su autonomía personal y la adaptación al entorno.
- Optimizar la reincorporación social y la derivación adecuada a un recurso socio-sanitario comunitario.

La intervención con enfermos mentales o crónicos en los centros penitenciarios está basada en un modelo asistencial, que contiene las siguientes líneas de actuación:

- Detección, diagnóstico y tratamiento. Para llevar a cabo una intervención eficaz hay que conseguir realizar una detección de los casos, su diagnóstico clínico y el establecimiento de un tratamiento farmacológico que facilite la estabilización de la patología psiquiátrica.
- Elaboración del Programa de Rehabilitación. La rehabilitación tiene como objetivos esenciales corregir discapacidades y lograr la mayor autonomía posible de una persona. Rehabilitar a una persona significa ayudarle a funcionar lo más adecuadamente posible en un ambiente, teniendo en cuenta que tendrá que necesitar de un cierto nivel de apoyo de forma indefinida. Con la rehabilitación no sólo se consigue reducir las disfuncionalidades del enfermo, sino que también se potencian las capacidades que tiene. Para poder realizar una correcta rehabilitación dentro de la prisión se llevara a cabo una evaluación de las habilidades y discapacidades y se realizara el Programa Individualizado de Rehabilitación (PIR).
- Reinserción social. El proceso de excarcelación siempre es brusco y estresante para cualquier persona, por lo que, se puede suponer que para los enfermos mentales el proceso de excarcelación es aún más estresante que para el resto. Es imprescindible para estas personas una que exista una continuidad en los cuidados en la red de atención socio-sanitaria comunitaria que permita mantener su proceso asistencial y de incorporación, lo más adecuado posible y

de forma paulatina y progresiva antes de su libertad. Por ello, para obtener una reincorporación social eficaz, es necesario reconstruir la relación con la familia o las instituciones y entidades de acogida, y realizar una incorporación progresiva, por medio de salidas terapéuticas, salidas periódicas y permisos de salida.

El equipo multidisciplinar que forma el PAIEM de acuerdo al enfoque biopsicosocial que debe dirigir cualquier intervención con personas con enfermedad mental estará integrado, al menos, por los siguientes profesionales: personal sanitario (el médico, personal de enfermería y a ser posible también el psiquiatra que trate al interno), psicólogo, educador y trabajador social. Además, siempre que sea posible deberá haber; un jurista, maestro, monitor deportivo, monitor ocupacional, funcionarios de vigilancia, que presten servicio en estos módulos y profesionales de asociaciones y ONGs, por la importancia que tienen en las actividades de rehabilitación psicosocial y en las de reincorporación social.

Las funciones del Equipo Multidisciplinar son:

- Conocer la realidad de la patología mental de los internos incluidos en el PAIEM del centro
- Establecer criterios de priorización, inclusión y clasificación por Niveles de Intervención.
- Realizar la evaluación de habilidades y discapacidades.
- Definir y ejecutar el tipo de actividades a realizar con estos pacientes, ya sean las propias del centro o diseñar las específicas para ellos.
- Diseñar y ejecutar el Plan de reincorporación social.
- Asesorar y emitir los oportunos informes para la Junta de Tratamiento y Comisión Disciplinaria a los efectos que procedan.

Los criterios de inclusión en el PAIEM son la presencia de sintomatología conductual que entorpezca la integración en la vida penitenciaria de un interno con trastorno mental grave estabilizado o con patología dual (enfermedad mental y problemas de drogadicción). Mientras que los criterios de exclusión del programa son la discapacidad intelectual y el trastorno inducido por uso de sustancias psicoactivas en exclusiva.

La elaboración del Programa Individualizado de Rehabilitación (PIR), implica el estudio de cada enfermo mental con el fin de:

1. Completar la evaluación de la enfermedad mental.
2. Determinar el nivel de intervención. Se establecen tres niveles de intervención, de acuerdo a la situación y evolución que a lo largo del programa pueda presentar el paciente. La siguiente tabla muestra cómo se clasifican los niveles de intervención según las características clínicas de los reclusos.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	CALIDAD DE LA RESPUESTA Y TIPOS DE INTERVENCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de conductas de riesgo - Ausencia de conductas disruptivas - Síntomas que no interfieren significativamente con la integración y funcionamiento diario 	<p>NIVEL 1 BUENA RESPUESTA (Si están todos los criterios presentes)</p> <p>Precisa seguimiento. Puede hacer vida normal en los módulos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Persistencia de síntomas que interfieren parcialmente con el funcionamiento diario y la integración 	<p>NIVEL 2 RESPUESTA PARCIAL Precisa seguimiento.</p> <p>Preferentemente puede hacer vida normal en los módulos. Valoración de interno de apoyo</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Persistencia de conductas de riesgo - Persistencia de conductas disruptivas - Síntomas que interfieren significativamente con el funcionamiento diario y la integración al medio 	<p>NIVEL 3 MALA RESPUESTA (Si está cualquiera de los criterios presentes)</p> <p>(BAJA ADAPTACION) Precisa control. Asignación de interno de apoyo</p>

3. Asignación de objetivos y actividades intra y/o extrapenitenciarias.
4. Asignación de interno de apoyo, en el caso de que este fuera necesario.

5. Asignación de tutor (distribuyendo a los internos que están en el programa entre todos los miembros del equipo).
6. Planificación, seguimiento y evaluación de los internos incluidos en el programa.
7. Plan de Reincorporación Social. Cuyos objetivos serán: Gestionar las posibles prestaciones socio-económicas a las que tuviera derecho el enfermo, impulsar el soporte familiar para facilitar la reinserción social, facilitar el contacto y compromiso con entidades y asociaciones cuyo objetivo sea la integración del enfermo mental en la sociedad, efectuar la derivación a un dispositivo socio-sanitario comunitario para todos los enfermos mentales que son puestos en libertad y efectuar la derivación a un dispositivo socio-sanitario comunitario para el cumplimiento de medida de seguridad.

Para la elaboración del PIR se tiene que tener en cuenta el tiempo de estancia del enfermo en la prisión, ya que en función del tiempo se establecerán los objetivos básicos a trabajar con la persona durante su internamiento en la prisión.

3.2 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES EN EL CENTRO PENITENCIARIO DE VILLANUBLA (VALLADOLID).

El centro penitenciario de villanubla fue puesto en marcha en 1985 y según ACAIP (agrupación de cuerpos de la administración de instituciones penitenciarias) dispone de 321 celdas y tiene una ocupación media de 540 internos.

Para poder conocer la situación y como se atiende a los enfermos en mentales internos en este centro penitenciario hemos realizado dos entrevistas; la primera a la Trabajadora social del módulo de enfermería del centro penitenciario de Villanubla y a la psicóloga de FEAFES Valladolid “el Puente” y encargada del programa que FEAFES Valladolid lleva a cabo para atender a los enfermos mentales en prisión.

Lo primero que ambas indicaron cuando se las preguntó cómo se organizaba la atención a los enfermos mentales en prisión, es que la atención a los enfermos mentales en Valladolid se realiza a través del PAIEM. Pero que este programa, a pesar de que tiene marcados unos objetivos muy amplios y que si se aplicara en su totalidad se podría mejorar mucho la estancia de las personas con enfermedad mental en prisión, “en la actualidad en valladolid no se está haciendo nada” trabajadora social centro penitenciario de Villanubla.

La aplicación del PAIEM, en Valladolid se limita a reuniones, que en un principio eran mensuales, a las que asisten los profesionales implicados en los tratamientos a personas con enfermedad mental: el psiquiatra, psicóloga, trabajadora social, subdirector de tratamiento, subdirector médico, enfermera, educadores y representantes de FEAFES. En estas reuniones se habla y se valoran los casos de enfermedad mental detectados, también en estas reuniones se valora la idoneidad de los internos para poder entrar en el único grupo/ taller específico para personas con enfermedad mental existente en esta prisión que lo lleva a cabo FEAFES Valladolid.

Los internos con enfermedad mental están en la medida de lo posible integrados en los módulos comunes y solo en algunos casos extraordinarios se les integra en el módulo de enfermería. Por lo que reciben un trato igual al de las personas que carecen de enfermedad mental, aunque la mayoría de los profesionales, revelando un nivel gran nivel de humanidad y profesionalidad, tienen en cuenta las circunstancias especiales de estas personas a la hora de trabajar con ellos.

Respecto al tratamiento médico de su enfermedad, los internos visitan al psiquiatra cuando lo necesitan o cuando lo tienen programado, y en el caso de que un interno sufra una crisis se le ingresa en el hospital para estabilizarlo. El tratamiento farmacológico se sigue también desde la prisión y los internos no están obligados a tomar su medicación, a no ser que le obligue el juez. Otro problema detectado con los medicamentos psiquiátricos, tanto en esta prisión como en otras, es que los internos que tienen prescritas estos medicamentos, “trafican” con las medicinas, ya que en el interior de las prisiones son utilizadas como drogas.

En este punto, también queremos resaltar la labor que hacen las distintas asociaciones en el tratamiento de los internos, más concretamente la que hace FEAFFES Valladolid “el Puente” con los enfermos mentales internos en Villanubla, pues son la única atención especializada que los enfermos mentales reciben en su internamiento en el centro. El programa de prisiones de esta asociación actuamente atiende a 18 internos en el taller que realizan una vez a la semana en la prisión. Este taller se realiza todo los miércoles y alternan una sesión de habilidades sociales, con otra de rehabilitación cognitiva. Además a todas las personas se las invita a ir a “el puente” cuando salgan de prisión para orientarles ya que desde la propia prisión no se hace casi nada.

Por último mencionar que ambas profesionales están de acuerdo que prisión no es el lugar adecuada para una persona con enfermedad mental y que los profesionales que tratan con ellos dentro de los centros penitenciarios tienen una falta de preparación para hacer frente a esta problemática.

4. EL PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL

4.1 EL PROFESIONAL DEL TRABAJO SOCIAL EN SALUD METAL.

El ámbito de la salud mental es uno de los principales lugares para la práctica del trabajo social. El trabajo social en este ámbito es necesario tanto para la atención de las personas y familias con dificultades, como para hacer que las instituciones respondan a las necesidades de las personas atendidas, para reforzar los servicios existentes y para incentivar la creación de nuevos servicios.

Tomando como guía a Gomez, (2000) podemos afirmar que, en estos momentos en los que la atención a las personas con problemas de salud mental, está caracterizada por la especialización, es quizás más necesario que nunca, el papel de una profesión que vea a la personas en toda su integridad y complejidad y complejidad, sin perder la visión global del contexto social que rodea a la persona.

La Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS) definió en la Asamblea celebrada en Montreal, en Julio de 2000, el Trabajo Social como: "La disciplina que tiene por objeto la intervención social ante las necesidades sociales para promover el cambio, la resolución de los problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la libertad de la sociedad para incrementar el bienestar, mediante la utilización de teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas sociales y aplicando la metodología específica en la que se integra el Trabajo Social de caso, grupo y comunidad. Los principios de los derechos humanos y la justicia social son fundamentales para el Trabajo Social".

En el caso de la psiquiatría, el trabajador social, se encuentra por formación y experiencia capacitado para prestar servicios directos a individuos, familias o grupos cuyo funcionamiento se vea afectado por el estrés social y psicológico o por una alteración en la salud.

Claramunt,F.(1970) citado por Gomez,C (2000) ha definido la misión del trabajador social en el campo crea o desarrolla relaciones humanas, cada vez más satisfactorias entre los pacientes, sus familiares, el grupo terapéutico y la sociedad.

Así las misiones del trabajador social en psiquiatría son las siguientes:

- Prevención de la enfermedad mental, mediante la detección precoz de casos potenciales, la explicación de los servicios clínicos a los usuarios, la implementación de medidas para favorecer los contactos después de los ingresos, organizar grupos de familias y de autoayuda, colaborar en campañas de salud mental etc.
- Contribuir mediante una información adecuada a conocer la realidad sociofamiliar y laboral del enfermo y a lograr un correcto diagnóstico mediante la elaboración de un informe social.
- Señalar las directrices a seguir de un determinado enfermo, con el fin de que su adaptación a la realidad social sea lo más completa posible.

Siguiendo a Gómez,C. (2000) la actuación del trabajador social será necesaria en todas las áreas del tratamiento de un enfermo mental, así el trabajador social participara en el trabajo con el paciente, con el conjunto de la familia o grupo; y todo ello, a los diversos niveles institucionales y comunitarios: talleres protegidos, hospitales de día, clubs de socioterapia, comunidades terapéuticas etc.

El trabajador social, con sus conocimientos y técnicas propias, es un miembro necesario dentro del equipo terapéutico en salud mental. El trabajador social desempeña en el campo de la salud mental una triple misión: puede jugar un papel preventivo, un papel de ayuda diagnóstica y terapéutica y un papel rehabilitador.

Cuando juega un papel preventivo el trabajador social va a llevar a cabo programas en los que se trabaje la protección de la salud la sociedad en general, estos programas van a estar dirigidos a prevenir aquellas situaciones que se asocian al desarrollo de una enfermedad mental.

Por otro lado, y siguiendo con la misma autora, en el papel de ayuda diagnóstica y terapéutica, el trabajador social ha de contribuir a la definición un diagnostico precoz y a la puesta en marcha de un programa terapéutico eficaz. Para ello, el trabajador social tiene la tarea de poner a disposición del enfermo y su entorno todos los medios terapéuticos existentes y conseguir una adecuada coordinación de las instituciones que deben cubrir las necesidades de la persona.

También debemos hacer referencia al papel del trabajador social en su papel rehabilitador. El trabajador social tiene un papel fundamental en la rehabilitación del enfermo mental, tanto por su capacidad para modificar factores individuales que requieren ayuda, como por su capacidad para poder influir en aquellos factores familiares y sociales del enfermo mental que necesitan de un cambio.

Por ultimo he de finalizar este punto haciendo referencia a la necesidad de que el trabajador social se implique más en la toma de conciencia de las necesidades sociales. Para Gómez Lavín “Es un hecho comprobado que el éxito de un programa preventivo depende en gran medida del grado de aceptación que éste tenga por parte de la población a la que va dirigido y que para que dicho programa sea visto por la población general como propio y adaptado a sus circunstancias, debe ser diseñado a medida de las necesidades del grupo o población al que va destinado...” (Gómez Lavín 2000: 89)

4.2 EL PROFESIONAL DEL TRABAJO SOCIAL EN PRISIÓN.

El trabajador social en prisión trabaja tanto con los internos como con sus familiares. Se trata de un profesional establecido como un pilar fundamental dentro de los centros penitenciarios, cuya función está orientada a la consecución de cambio de conductas, ya que, en la mayoría de los casos son las causantes de su entrada en prisión.

La Intervención Social en la Administración Penitenciaria se desarrolla a través de los Servicios Sociales Penitenciarios (CP/CIS), que se integran en los Equipos Técnicos y en las Juntas de Tratamiento y que dirigen sus tareas profesionales a las personas privadas de libertad, incluido el periodo de libertad condicional.

El objetivo de la acción social penitenciaria, está recogido en el artículo 227 del Reglamento Penitenciario (Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero), consiste en intentar paliar las inconveniencias surgidas a los internos y a sus familias, como consecuencia de su ingreso en prisión. Contribuyen también al desarrollo integral del recluso durante su estancia en prisión.

El artículo 228 del reglamento penitenciario recoge que la Administración Penitenciaria promoverá la coordinación de los servicios sociales penitenciarios con las redes públicas de asistencia social y fomentará el acceso de los penados clasificados en tercer grado y de los liberados condicionales y definitivos y de sus familiares a las rentas de inserción establecidas por las diferentes Comunidades Autónomas, así como a los restantes servicios sociales y prestaciones de las Administraciones Públicas.

Por último, el artículo 229. Del mismo real decreto dice que: 1. Los servicios sociales penitenciarios asistirán a las personas que ingresen en prisión y elaborarán una ficha social para cada interno, que formará parte de su protocolo personal. 2. Los Trabajadores sociales, que prestarán sus servicios en el interior y en el exterior del Centro penitenciario indistintamente, atenderán las solicitudes que les formulen los internos, los liberados condicionales adscritos al Establecimiento y las familias de unos y de otros. 3. Los servicios sociales velarán por mantener al día la documentación de los

internos que estén afiliados a la Seguridad Social y realizarán las gestiones oportunas para que por los organismos competentes se reconozca el derecho a la asistencia sanitaria gratuita a los internos que reúnan los requisitos exigidos. 4. Por el Centro Directivo se regulará el funcionamiento de los servicios sociales penitenciarios y sus relaciones con la Junta de Tratamiento.

La labor del trabajador social con los internos empieza con el ingreso en prisión donde los internos son entrevistados por diversos profesionales del equipo técnico entre los cuales se encuentra el Trabajador Social, quien es el encargado de iniciar el Expediente Social, Ficha Social e Historia Social. Añadir que los miembros de dicho equipo emitirán un informe sobre propuesta de separación interior, planificación educativa, sociocultural, deportiva y de actividades de desarrollo personal.

En base a este informe, para detenidos y presos, la Junta de tratamiento teniendo en cuenta dichos informes y la presunción de inocencia, elabora un Modelo Individual de Intervención (MIT) y para penados, la Junta de tratamiento previo informe del equipo técnico, formula el Programa Individualizado de Tratamiento (PIT).

El PIT es un programa integral, es decir que incide sobre variables sociales, familiares, individuales e institucionales. Respecto a las actividades y elementos del tratamiento, el trabajador social es el profesional referente del Equipo Técnico que hace de enlace con el exterior y se coordina con los servicios sociales especializados, así como con otras entidades relacionadas con la materia, por diversos motivos entre los cuales se encuentra la realización de actividades y elementos básicos del tratamiento, como son:

- El trabajo, el cual es un elemento fundamental del tratamiento al preparar al interno para su acceso al mercado laboral, de manera que lo capacita para que pueda satisfacer a sus necesidades. En este punto también está incluido el Trabajo Ocupacional, que persigue ocupar el tiempo libre dentro del PIT y cuya realización puede conllevar: incentivos, recompensas y beneficios penitenciarios, de manera que adquiere hábitos laborales que facilitan su inserción.

- Actividades educativas y deportivas, persiguen desde la consecución de enseñanzas obligatorias del sistema educativo a la adquisición de hábitos de ocio saludables.
- Salidas al exterior, entre las cuales nos podemos encontrar salidas para realizar actividades laborales, formativas, familiares...
- Actuaciones a nivel familiar. Las actuaciones que se llevan a cabo son muy variadas y complejas. Además, el inicio de la relación entre el Establecimiento Penitenciario y la familia lo realiza el departamento de Trabajo Social, el cual realiza actuaciones muy diversas, entre las que nos encontramos: Informar de los factores de riesgo y de protección para disminuir las posibilidades de reincidencia, aclarar dudas sobre el funcionamiento y procedimiento penitenciario para disminuir los miedos que conlleva esta situación, comprobar si la familia se encuentra preparada para acoger al interno en los permisos ordinarios de salida, actuaciones tendentes a acondicionar el medio de inserción futuro, así como mejorar la labor de apoyo de la unidad familiar, fomentar las relaciones del interno con su entorno, para lo cual se fomentan las: comunicaciones orales, comunicaciones íntimas, familiares y de convivencia, las comunicaciones escritas y recepción y envío de paquetes y las comunicaciones telefónicas.
- Permisos de Salida: Su importancia reside tanto en que atenúan los efectos negativos de la privación de libertad como en que acercan a los internos a la realidad social exterior; y requieren, entre otros aspectos para su concesión, el estudio del medio social y familiar donde esté previsto que se disfrute el permiso, puesto que las variables situacionales influyen claramente sobre el comportamiento del interno en libertad. Añadir que en todos los primeros permisos, el informe emitido por el trabajador social es preceptivo; así como que al regreso del disfrute del mismo se emite un informe que puede contener, entre sus informes complementarios, un informe social.

A modo de conclusión se puede decir que, los profesionales del Trabajo Social penitenciario se ocupan de planificar, proyectar, evaluar y orientar los servicios y políticas sociales penitenciarias, tanto en las penas privativas de libertad como en las penas privativas de derechos y entre sus principales tareas encontramos el entrevistarse con los internos, con sus familias y con la red de apoyo con la que cuenta, recopilar datos sobre los mismos a familiares, personas de la localidad donde hayan vivido, centros o empresas donde hayan permanecido o trabajado y/o con cualquier persona o entidad que pueda proporcionar información para el estudio de su personalidad. Asimismo, son los encargados de realizar el seguimiento a liberados condicionales y personas sometidas a penas alternativas.

5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.

Una vez finalizado el estudio de la situación de las personas con enfermedad mental en prisión. Consideramos que la problemática de los enfermos mentales en prisión se puede dividir en tres fases sobre las cuales, el papel de todos los profesionales, y en particular del trabajador social debe mejorar.

FASE INICIAL: Momento previo a cometer un delito y a la posible entrada en prisión.

Para conseguir la rehabilitación y reinserción del enfermo y prevenir la entrada del enfermo mental en prisión, es necesario tener previstos dispositivos tanto para los enfermos que acuden a los centros de Salud Mental, como para los que no acuden. Para estos últimos es primordial establecer equipos que se ocupen del seguimiento y acompañamiento al enfermo en su medio, que negocien con él, que apoyen a sus familiares... Es decir, los trabajadores sociales tenemos que luchar para fomentar la creación de recursos, pues los que existen hasta el momento como hemos dicho anteriormente son insuficientes, que fomenten la integración social de los enfermos, ya que, la mayoría de estas personas se encuentran en riesgo o en situación de exclusión social y los recursos existentes para ellos, son como se ha expresado anteriormente escasos y en muchos casos están saturados y no pueden hacer frente a la demanda existente.

Por otro lado, es urgente que se mejore la actual coordinación entre las estructuras sanitarias y sociales. Este es uno de los grandes problemas contra el que una y otra vez chocan los intentos de mejorar el sistema, ya que, cuando consigamos atender de manera eficiente y coordinada esta problemática el número de personas con enfermedad mental que entrará en prisión disminuirá drásticamente. En la actualidad existen equipos de coordinación sociosanitaria, que se encargan de llevar los casos con este tipo de problemática. No obstante, estos equipos no son suficientes porque solo se ocupan de los enfermos que acuden a los centros de salud mental, olvidándose del importante número de enfermos que no acuden a estos centros y también necesitan ayuda.

También es necesario, como hemos dicho a lo largo de trabajo, la creación un equipo multidisciplinar adscrito a los juzgados que tenga la función de facilitar información de las circunstancias personales y sociales de la persona imputada, ya que en la actualidad muchas personas son juzgadas sin que ni jueces, ni abogados conozcan la verdadera situación de estas personas.

FASE INTERMEDIA: Se produce cuando no se ha podido evitar la entrada del enfermo mental en prisión.

En este caso es imprescindible que se lleve a cabo una formación para todos los profesionales que trabajan en prisión, sobre lo que son las patologías psiquiátricas y en cómo tratar a estas personas para que tanto estas personas se adapten mejor a un lugar que no está pensado para ellas, como para mejorar la convivencia en los centros penitenciarios y para que las intervenciones de los profesionales tengan más calidad. Pues como se ha explicado durante este trabajo, actualmente, los trabajadores de los centros penitenciaros no han recibido ninguna clase de formación sobre esta problemática y se sienten impotentes y en algunos casos frustrados porque no saben cómo actuar ante situaciones que se les presentan diariamente, para no causar un perjuicio a los internos con los que están trabajando.

Una actitud adecuada entre los distintos profesionales intervinientes es crucial, para la atención del enfermo. Hace falta empatía, paciencia, tacto, tiempo y mucha ilusión para compartir con el enfermo el camino que le lleve a la recuperación. Por lo que sería también necesario que se impartieran cursos para los profesionales de habilidades sociales, de resolución de conflictos o para saber cómo prevenir el queme profesional.

Además, es necesario que desde instituciones penitenciarias se trabaje para que el PAIEM se empiece a aplicar en su totalidad dentro de los Centros Penitenciarios, pues como hemos visto, en el caso del Centro Penitenciario de Villanubla, la aplicación del programa es mínimo.

También, podía ser interesante plantearse la creación de comunidades terapéuticas, similares a las existentes para personas drogodependientes, pero para personas con enfermedad mental. Porque de esta forma podría darse una atención integral, donde se

lleve a cabo una rehabilitación psicosocial, con servicios y recursos específicos para este colectivo, que les ayude a reincorporarse a la sociedad de la mejor forma posible. Esta idea también ha sido recogida a lo largo del trabajo porque puede ser una manera más eficiente de trabajar con este colectivo, ya que si a los enfermos mentales se les proporciona una rehabilitación adecuada tienen un gran margen y una capacidad de mejora que en la mayoría de los casos les va a servir para llevar una vida lo más normalizada posible.

FASE FINAL. Corresponde a la excarcelación, de todos los internos en general, y de los enfermos mentales en particular.

Durante este proceso es esencial que se mejore la coordinación entre los sistemas implicados (Sistema Sanitario, Servicios Sociales, Administración de Justicia) ya que hasta el momento esta coordinación es muy deficiente y con frecuencia da la impresión de que cada sistema trabaja como si los otros no existieran. Entre todos debería existir el convencimiento de estar prestando un servicio común. Por lo que, sería necesario establecer protocolos para la mejora de la coordinación entre los tres sistemas para dar una atención integral y más eficiente a las personas con las que están trabajando.

Es necesario, que cuando se aproxime la fecha de salida del centro penitenciario, desde el propio centro se lleven a cabo las acciones necesarias para que el proceso de excarcelación se lleve a cabo de la mejor manera posible. Desde las prisiones se ha de intentar vincular a los internos a los servicios de salud mental, a servicios sociales y a las diferentes asociaciones de personas con enfermedad mental existentes en toda España, que van a ser un apoyo para la persona a su salida de prisión y le van a servir para que puedan ayudarle a organizar su nueva vida en libertad. Pues en la actualidad, en la mayoría de los casos los internos al salir de prisión están volviendo a reincorporarse al mismo entorno o contexto social que les llevo a entrar en prisión y no tienen contacto con ninguno de los sistemas que le pueden ayudar a mejorar su calidad de vida y bienestar social propiciando que se fomente el fenómeno de la puerta giratoria, por el que muchas de estas personas acabarán entrando nuevamente en prisión.

Finalmente haremos referencia a una frase de Ortega y Gasset que en las Meditaciones del Quijote proclamaba aquello de “Yo soy, yo y mi circunstancia y si no la salvo a ella no me salvo yo”. Si se después del tiempo en prisión se devuelve al enfermo al entorno, a la “circunstancia” que generó la entrada en prisión, éste volverá a re-generarse. Es preciso proporcionar recursos preventivos, asistenciales, ocupacionales y de promoción que permitan al enfermo reorientar su vida hacia otros caminos.

6. CONCLUSIONES.

La enfermedad mental en general, siempre ha recibido el rechazo de la mayoría de la sociedad y por ello se han ido creando, a lo largo de la historia, diferentes instituciones que servían para separar y segregar a los enfermos mentales del resto de la sociedad. En las últimas décadas se ha intentado instaurar un modelo comunitario que buscaba la integración de estas personas y que reconocía una problemática social inherente a la enfermedad.

Como consecuencia de la desinstitutionalización producida por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad desaparecen los manicomios y se deja de proporcionar tratamiento y asilo de por vida a los enfermos mentales, así estas personas empiezan a demandar una solución a los problemas del grupo social al que pertenecen, como cualquier otro miembro de nuestra sociedad.

El problema surge cuando desde los sistemas públicos no se ponen en marcha los recursos necesarios para que se produzca una adecuada integración de estas personas en la sociedad, persistiendo la situación de marginalidad y exclusión social, ya que no podemos pasar por alto la relación que existe entre enfermedad mental y pobreza.

De este modo, tras el fallido intento de integrar a los enfermos mentales en la sociedad, empieza a aumentar el índice de delincuencia de estas personas, que a pesar de tener una consideración especial dentro del Código Penal español, acaban entrando en su gran mayoría en prisión, debido otra vez a la falta de recursos del sistema penitenciario para atender de manera adecuada a estas personas.

Como se ha venido diciendo a lo largo de este trabajo, las prisiones no son el lugar adecuado para atender a personas con enfermedad mental y es necesario que se pongan en marcha recursos penitenciarios específicos, como se ha hecho con otros colectivos, para proporcionar una atención adecuada que permita a los enfermos recibir una rehabilitación psicosocial, que les permita a su salida de prisión llevar una vida mejor

y más normalizada, previniendo, de este modo, el fenómeno de la puerta giratoria o el reingreso de la persona en prisión.

Con el objetivo de intentar mejorar la atención a los enfermos mentales en las prisiones que hasta aquel momento dependía de la buena voluntad de los trabajadores de las prisiones. En 2009 se puso en marcha el PAIEM, un programa muy ambicioso que plantea una atención integral del enfermo mental en prisión prestando especial atención al proceso de rehabilitación psicosocial dentro de la propia prisión y al proceso de excarcelación y reinserción en la sociedad.

Pero como casi todo para los enfermos mentales, el PAIEM, por lo menos en Valladolid, se ha quedado en bonitas palabras puestas sobre el papel, porque no se han puesto en marcha los recursos necesarios para que el programa funcione y la única atención especializada que reciben viene de organizaciones del tercer sector.

Todo lo dicho anteriormente es el reflejo de la falta global de interés por parte de la sociedad hacia las personas con enfermedad mental. Los enfermos mentales son uno de los grandes olvidados, dentro del Estado de bienestar, ya que, está mejor visto dotar de más y mejores recursos a otros colectivos que están más reconocidos por la sociedad. Dicho de otra manera es más rentable, en todos los sentidos, poner en marcha recursos, por ejemplo, para personas mayores o con discapacidad física o intelectual, que despiertan la “simpatía” de la mayor parte de la sociedad, que poner en marcha recursos para la inclusión social de enfermos mentales, que despiertan el miedo y el rechazo de la sociedad.

Por todo esto, creo que es más necesario que nunca que los profesionales del Trabajo Social luchan, con estas personas por que exista una igualdad real y efectiva, para que estas personas pueda cubrir sus necesidades.

Para ello, es necesario hacer un ejercicio de sensibilización y concienciación sobre la situación de estas personas, no solo con la sociedad en general, sino también con los propios profesionales del trabajo social, que muchas veces son los primeros en excluir a estas personas pues consideran que no es un colectivo con el que los trabajadores sociales debiéramos trabajar, y la situación empeora cuando hablamos de personas con enfermedad mental que han cometido un delito, pues en este momento nos encontramos con profesionales y estudiantes de esta profesión que se escandalizan ante la idea de que se planteen recursos alternativos a la prisión donde estas personas sean atendidas conforme a sus necesidades, pues no podemos premiar comportamientos delictivos.

Pese a esto, creo que el Trabajo Social en Salud Mental es imprescindible y va a depender de lo que los trabajadores sociales seamos capaces de hacer para atender sus necesidades y las de su entorno, adaptándonos a las circunstancias en las que nos está tocando vivir.

Los trabajadores sociales, no debemos conformarnos con ser meros gestores de recursos, pues nuestro trabajo va mucho allá, y más en el caso de la atención a los enfermos mentales, en general, y a los que están en prisión en particular, ya que las causas de su entrada en prisión pueden venir de problemas y circunstancias sociales difíciles. Desde el ámbito del Trabajo social tenemos que trabajar para implementar acciones que mejoren la calidad de vida y el bienestar de las personas con enfermedad mental y su entorno, con el fin de que el camino de la enfermedad mental no acabe en una prisión y también implementar acciones para que desde el interior de los centros penitenciarios se lleven a cabo actuaciones que favorezcan la rehabilitación de los enfermos mentales y un proceso de excarcelación que facilite la inclusión social.

7. BIBLIOGRAFÍA.

American Psychiatric Association (2013): Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5), Washington, D.C.: American Psychiatric Association

Arroyo, JM (2006): Los problemas de salud mental en las prisiones, vistos desde la atención primaria. Norte de salud mental.

Chamizo, J (1997): La situación de los enfermos mentales internados en centros penitenciarios andaluces. Defensor del pueblo andaluz.

Constitución Española de 1978 Boletín Oficial del Estado: 29 de diciembre de 1978. Núm. 311.

Espinosa, J (1997): El tratamiento penal del enfermo mental en el nuevo Código. Asoc. Esp. Neuropsiquiatría

Fundación Manantial. Las personas con tmg en el ámbito penal y penitenciario. Situación actual y propuestas de intervención psicosocial.

Gallego, M (2011): Alternativas al sistema penitenciario. Fundación castroverde

Gallizo, M (2013): Penas y personas : 2810 días en las prisiones españolas. Debate, Barcelona.

Germán Tamayo, G (1994): La enfermedad mental y la ley. Cuadernos de Sección. Ciencias Médicas 3, Donostia.

Goldman, H., Gatozzi, A. y Tanbe, C. (1981). Defining and counting the chronically mentally ill. Hospital and Community Psychiatry

Gómez, C y Zapata, R (2000): Psiquiatría y Salud Mental en Trabajo Social. Eunate, Navarra

Grupo de trabajo sobre Salud Mental en Prisión (2011): Guía Atención primaria de la salud mental en prisión.

IMSERSO (2007): El Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave

Informe extraordinario de la institución del Ararteko al Parlamento Vasco (2014): La atención sociosanitaria a la salud mental de las personas privadas de libertad en la CAPV. Vitoria-Gasteiz.

Instituciones penitenciarias. (2011): PAIEM renovado. Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado: 24 de Noviembre de 1995. Núm. 281.

Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria. Boletín Oficial del Estado de Boletín Oficial del Estado: 5 de octubre de 1979, Núm. 239

Manzanos, C (1991): Cárcel y marginación social. Tercera Prensa-Hirugarren Prentsa.

MINISTERIO DEL INTERIOR. DIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS. I 15/2005: Protocolo de trabajo social en instituciones penitenciarias.

Moya, I (2007): Enfermos mentales en las prisiones ordinarias: un fracaso para la sociedad del bienestar. Asociación pro derechos humanos de Andalucía.

Orden INT/3191/2088, de 4 de noviembre, de Creación del Consejo Social Penitenciario y los Consejos Sociales Penitenciarios Locales. Boletín Oficial de Estado: 8 de noviembre de 2008. Núm 270.

Pileño, E., Morillo, J., Nogales, A y Salvadores, P (2003): El enfermo mental. Historia y cuidados desde la época medieval.

Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M.R., et al. (2007): No health without mental health. Lancet

Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. Boletín Oficial del Estado: 15 de febrero de 1996, Núm. 40.

Rehabilitación psicosocial de personas con enfermedad mental crónica. (2011): Grupo 5, Madrid.

Retolaza, A (2007): Resultados del estudio ESEMeD: ¿Estamos preparados? Norte de salud mental.

Rico Bodi L (2000): Primeras medidas de seguridad alternativas a la pena en un hospital psiquiátrico. Psiquiatría Pública.

Rostaing, C (1996): Les détenus: de la stigmatisation à la négociation d'autres identités. En L'exclusion, l'état des savoirs. Serge Paugam. Éditions la Découverte, Paris

Rodríguez, A El Trabajo Social en la relación Jurídico – Penitenciaria. Documentos de Trabajo Social · nº49

Santos, F (2006): Derecho y salud mental criterios para la formulación de un sistema eficiente. Cuadernos de psiquiatría comunitaria Volumen 6, número 1, 2006.

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2006): Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario.

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2009): Programa Marco para la Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios. Ministerio del Interior

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2010): El sistema penitenciario español. Ministerio del Interior.

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Dirección General de Coordinación Territorial y Medio Abierto. (2009): Protocolo de aplicación del Programa Marco para la Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios. Ministerio del Interior.

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Dirección General de Coordinación Territorial y Medio Abierto. Coordinación de sanidad. Hospitales psiquiátricos dependientes de la Administración Penitenciaria. Propuesta de acción. Ministerio del Interior.

Segovia, JL (2011): La cárcel del siglo XXI. Desmontando mitos y recreando alternativas. Fundación Castroverde.

Smith, D. y Stewart, J (1997): Probation and social exclusión. *Social policy & Administration*, nº 31

Torrente, D(2001): Desviación y delito. Madrid, Alianza Editorial.

Vanesa, A. y Elisa, M. (2010). Trabajo Social y Salud Mental: La intervención profesional en los Centros Infanto Juveniles en la Provincia de Mendoza.

Páginas web

<http://www.who.int/es/>.

<https://www.acaip.es/centros-penitenciarios/castilla-y-leon/valladolid>

<http://www.asociacionelpuente.org/recursos>