



TRABAJO FIN DE  
GRADO EN TRABAJO SOCIAL

**“REVISIÓN DE LA LITERATURA SOBRE  
ATENCIÓN A PERSONAS CON PROBLEMAS  
DE SALUD MENTAL EN CENTROS  
PENITENCIARIOS Y EL PAPEL DEL TRABAJO  
SOCIAL”**

**Autor/a:**

D<sup>a</sup>. Lucía Cantero de la Cruz

**Tutor/a:**

D. Alfonso Marquina Márquez

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

CURSO 2020 – 2021

FECHA DE ENTREGA: 22 de JUNIO de 2021

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	4
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	5
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	8
<b>2.1. Objetivo General:</b> .....	<b>8</b>
<b>2.2. Objetivos específicos:</b> .....	<b>8</b>
<b>3. METODOLOGÍA</b> .....	9
<b>3.1. Diseño</b> .....	<b>9</b>
<b>3.2. Fuentes de información</b> .....	<b>9</b>
<b>3.3. Estrategias de búsqueda</b> .....	<b>10</b>
<b>3.4. Procedimiento</b> .....	<b>10</b>
<b>3.5. Análisis de los datos</b> .....	<b>11</b>
<b>3.6. Limitaciones</b> .....	<b>11</b>
<b>4. RESULTADOS</b> .....	12
<b>4.1. La salud mental y la enfermedad mental</b> .....	<b>12</b>
4.1.1. <i>Definición de salud mental y enfermedad mental</i> .....	12
4.1.2. <i>Servicios de atención a la salud mental a lo largo de la historia en España</i> .....	14
4.1.3. <i>Estigmatización de la enfermedad mental y exclusión social</i> .....	20
<b>4.2. La enfermedad mental en el sistema penitenciario</b> .....	<b>26</b>
4.2.1. <i>Las medidas de seguridad</i> .....	28
4.2.2. <i>Los centro penitenciarios</i> .....	32
<b>4.3. El papel del Trabajo Social</b> .....	<b>46</b>
4.3.1. <i>El Trabajo Social en salud mental</i> .....	46
4.3.2. <i>El Trabajo Social en los centros penitenciarios</i> .....	48
<b>5. COCLUSIONES</b> .....	55
<b>6. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	59

## **ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1. Aspectos sociales que afectan a la evolución de las enfermedades mentales .....	47
--	----

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1. Perfil de los pacientes del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante.....	31
Gráfico 2. Exención o disminución de la responsabilidad criminal. ....	32
Gráfico 3. Población penitenciaria en tratamiento psiquiátrico en función de sexo, edad y nacionalidad.....	34
Gráfico 3. Internos en PAIEM y centros penitenciarios según años. ....	43

## RESUMEN

El aumento de la enfermedad mental en las últimas décadas pone de manifiesto la necesidad de mejorar los servicios de atención a estas enfermedades.

También ha aumentado la prevalencia de trastornos mentales en la población penitenciaria. A pesar de que se han creado programas destinados a la atención de internos con enfermedad mental en prisión, la realidad es que continúan sin estar preparadas para poder dar respuesta a las necesidades de esta parte de la población.

A través de este trabajo de revisión de la literatura se realiza un análisis de la situación que viven las personas con enfermedad en el sistema penitenciario en España. Por otra parte, se estudia la figura del trabajador social tanto en salud mental como en los centros penitenciarios y la importancia del desarrollo de la profesión para fortalecer los vínculos familiares de los internos y promover su integración y reinserción en la sociedad.

**Palabras clave:** Enfermedad Mental, Trastorno Mental, Salud Mental, Centros Penitenciarios, Sistema Penitenciario, Trabajo Social, Trabajo Social Penitenciario.

## Abstract

The increase in mental illness in recent decades highlights the need to improve care services for these illnesses.

The prevalence of mental disorders in the prison population has also increased. Despite the fact that programs have been created for the Society inmates with mental illness in prison, the reality is that they continue to be unprepared to be able to respond to the needs of this Society the population.

Through this Final Degree Project an Society of the situation experienced by people with illness in the penitentiary system in Spain is carried out. On the other hand, the figure of the social worker is studied both in mental health and in penitentiary centers and the importance of the development of the Society4n to strengthen the family Society inmates and promote their integration and reintegration into Society

**Keywords:** Mental Illness, Mental Disorder, Prison, Prison System, Social Work, Prison Social Work.

## **1. INTRODUCCIÓN**

La estigmatización de la enfermedad mental ha ocurrido de forma sistemática a lo largo de toda la historia y ha estado estrechamente relacionada con la mendicidad y la delincuencia. Las personas con una enfermedad mental eran excluidas de la sociedad y recluidas en hospitales y psiquiátricos, donde permanecían de forma casi permanente y en lamentables condiciones.

En España hasta el siglo XX no se produjo una especialización de la medicina psiquiátrica y se empezó a estudiar este ámbito de un modo más científico. Y con la reforma psiquiátrica se trató de acercar los servicios de atención a la salud mental a la comunidad, cerrando numerosos de los denominados manicomios que asistían a estas personas. Sin embargo, los recursos comunitarios no se reforzaron adecuadamente, son muy limitados y se encuentran saturados, convirtiéndose en un obstáculo a la hora de recibir atención psiquiátrica y psicológica, que recae en gran medida en las familias, en muchas ocasiones desestructuradas y con un bajo nivel cultural y económico.

A estos factores se unen las consecuencias de la estigmatización de la enfermedad, infligiendo en la persona un doble estigma. Por un lado, el estigma público se traduce en la limitación del acceso al trabajo y/o a la vivienda, mientras que el auto – estigma afecta a la autoestima y a la búsqueda de atención y tratamiento.

En las últimas décadas se ha producido un aumento de trastornos mentales en población general, pero también en población penitenciaria, donde la prevalencia de trastornos mentales llega a ser hasta 5 veces mayor (Estudio PRECA, 2011; Bascón & Vargas, 2016). La mayoría de internos que ingresan en prisión lo hacen descompensados, sin haber recibido tratamiento psiquiátrico o habiéndolo abandonado. Y aunque su ingreso supone una ventaja a la hora de recibir tratamiento psiquiátrico, la vida en prisión produce en los reclusos graves consecuencias psicosociales, agravando las enfermedades mentales ya presentes o favoreciendo su aparición.

El aumento de la prevalencia de trastornos mentales en centros penitenciarios evidenció la necesidad de la existencia de programas de atención a la salud mental en prisión. Para ello, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias elaboró e implantó el Programa

Revisión de la literatura sobre atención a personas con problemas de salud mental en centros penitenciarios y el papel del Trabajo Social de Atención Integral a Enfermos Mentales en centros penitenciarios (PAIEM), con el fin de atender y tratar las enfermedades mentales dentro de prisión y aumentar la calidad de vida y la autonomía de los internos, además de prepararlos para su salida de prisión. Para conseguir estos objetivos el programa se centra en tres procesos fundamentales:

- Diagnóstico y tratamiento farmacológico.
- Aumento de la autonomía y reducción de las discapacidades.
- Preparación para la reinserción social.

Posteriormente se crea el Programa de Unidades Puente, destinado a las personas con enfermedad mental que cumplen condena en tercer grado o se encuentran en libertad condicional. Constituye una extensión del PAIEM y se desarrolla en los Centros de Inserción Social.

Sin embargo, a pesar de la implantación de ambos programas, la situación de los internos con enfermedad que se encuentran cumpliendo condena o una medida de seguridad en un centro penitenciario continúa siendo muy limitada. Las largas estancias en los Módulos de enfermería y la ausencia de participación en actividades provocan un deterioro cognitivo de los internos además de una reducción considerable de su estado de ánimo. Por otro lado, una vez cumplen condena, la falta de recursos comunitarios a la hora de encontrar un lugar donde albergarse y para continuar con el tratamiento dan lugar al fenómeno conocido como “puerta giratoria”, esto es, la entrada y salida continua del sistema penitenciario.

Por otra parte, el papel del trabajador social tiene un gran peso en la intervención del sistema penitenciario con internos con enfermedad mental, tanto durante su permanencia en prisión como una vez abandonan el centro penitenciario. El objetivo del Trabajo Social es incidir en la rehabilitación y reinserción del interno en la sociedad, desarrollando acciones a nivel individual, familiar, grupal y comunitario, fomentando sus capacidades y autonomía, fortaleciendo sus lazos familiares y desarrollando la coordinación con el resto de servicios de la comunidad.

El presente Trabajo de Fin de Grado se estructura en tres grandes bloques:

- En el primer bloque se realizará un repaso sobre la definición de salud y enfermedad mental y sobre el sistema de categorización de las enfermedades mentales que se utiliza en España. A continuación, se lleva a cabo un repaso sobre los sistemas de atención a la enfermedad mental a lo largo de toda la historia de España, comenzando desde los primeros hospitales hasta la actualidad. El último punto del primer bloque se centra en el estigma que sufren las personas con una enfermedad mental y cuáles son sus consecuencias.
- El segundo bloque se centra en la situación del enfermo mental dentro del sistema penal y penitenciario. En un primer punto se aclara su situación legal y cómo se encuentra recogida dentro del Código Penal. Posteriormente, se habla de las medidas de seguridad y el lugar de cumplimiento de las mismas. En el siguiente apartado, se procede a explicar la situación de los internos con enfermedad mental dentro de los centros penitenciarios, el perfil de los internos con enfermedad mental, los efectos psicosociales que produce la vida en prisión en la población penitenciaria y la atención y los programas destinados a los internos con un trastorno mental.
- El último bloque está dedicado al papel que desempeña la figura del trabajador social tanto en el campo de la salud mental como en los centros penitenciarios, explicando las funciones que desempeñan y los niveles sobre los que intervienen.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo General:**

- Realizar una revisión de la literatura sobre la atención a la salud mental y las intervenciones que se realizan con internos con enfermedad mental en los centros penitenciarios en España.

### **2.2. Objetivos específicos:**

- Conocer las dificultades a las que se enfrentan las personas con un trastorno mental a la hora de acceder a un recurso para el tratamiento de su enfermedad.
- Conocer cómo afectan la estigmatización de la enfermedad mental a las personas con esta patología.
- Estudiar los distintos programas y recursos destinados a los internos con enfermedad mental dentro de los centros penitenciarios.
- Conocer el papel del trabajador social en enfermedad mental y en los centros penitenciarios.



### **3. METODOLOGÍA**

#### **3.1. Diseño**

La metodología utilizada para la elaboración del presente Trabajo de Fin de Grado consiste en una revisión de la literatura. El desarrollo de una investigación de la literatura existente sobre la atención a la enfermedad mental y el papel del Trabajo Social en los centros penitenciarios ha permitido realizar una aproximación conceptual de la enfermedad mental, además de conocer las intervenciones que se llevan a cabo en los centros penitenciarios con personas con enfermedad mental y las funciones que cumplen los trabajadores sociales.

Para la contextualización de los servicios de atención a la salud mental y las funciones del trabajador social en los centros penitenciarios, la investigación se centra en el área geográfica de España. Lo mismo ocurre con lo referente al sistema penal y penitenciario y a los hospitales psiquiátricos penitenciarios y centros penitenciarios, a excepción de la comunidad autónoma de Cataluña. Sin embargo, en cuanto a la estigmatización de la enfermedad mental se recogen estudios realizados en el extranjero.

#### **3.2. Fuentes de información**

Las plataformas utilizadas para la búsqueda de información son las siguientes:

- Búsqueda en portales online de organizaciones y asociaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Vizcaína de Familias y Personas con Enfermedad Mental (AVIFES).
- Búsqueda en portales online de organismos públicos como el Ministerio de Sanidad, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias o el BOE.
- Búsqueda en bases de datos científicas como Dianlet, Web of Science o Scopus.

- Búsqueda de fuentes principales en la bibliografía de artículos e investigaciones utilizadas.

### 3.3. Estrategias de búsqueda

Para realizar una primera búsqueda se han filtrado los resultados utilizando términos como “salud mental”, “enfermedad mental”, “centros penitenciarios”, “Trabajo Social Penitenciario” o “población penitenciaria”. También se ha acudido a fuentes primarias de artículos e investigaciones científicas.

Por otro lado, en bases de datos científicas como Scopus se han utilizado criterios como “mental health” AND “prisión”, “mental illness” AND “prisión” o “social work” AND “prisión”. Se han utilizado además filtros de búsqueda por idioma, país y año.

### 3.4. Procedimiento

Para llevar a cabo el proceso de revisión de la literatura se realizó una búsqueda inicial de información y estudios sobre el tema interesado, a partir de la que se elaboró un primer índice. Posteriormente se fue completando la información y almacenando los resultados de la búsqueda de cada apartado.

A medida que avanzaba el análisis de los estudios se han ido realizando modificaciones en el índice para adecuarlo a los resultados esperados. El siguiente paso del proceso ha consistido en analizar e interpretar los estudios seleccionados y, en caso de ser necesario, ampliar la información realizando una búsqueda más específica.

Por último, una vez desarrollado el análisis completo de los artículos e investigaciones se realizaron las conclusiones obtenidas del estudio.

### 3.5. Análisis de los datos

Para el análisis de los datos el trabajo se ha estructurado en tres ejes fundamentales. En el primero se recoge la definición de salud y enfermedad mental, los servicios donde históricamente se ha atendido a los enfermos mentales y los estudios sobre la estigmatización de la enfermedad. En el segundo eje se analiza toda la literatura relacionada con la situación de las personas con trastorno mental en medio penitenciario. Mientras que en último bloque se analiza el papel del trabajador social tanto en salud mental como en los centros penitenciarios.

### 3.6. Limitaciones

La principal limitación encontrada ha sido la dificultad para hallar datos actualizados sobre la prevalencia de enfermedad mental en los centros penitenciarios, además de información sobre el perfil de los internos que se encuentran ingresados en los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios y las intervenciones que se llevan a cabo en ellos para tratar la enfermedad mental.

## 4. RESULTADOS

### 4.1. La salud mental y la enfermedad mental

#### *4.1.1. Definición de salud mental y enfermedad mental*

Para conocer el significado de salud mental, primero debemos definir qué es la salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) declara que es el “estado de completo bienestar físico, mental y social, no sólo la ausencia de afecciones o trastornos”. Una vez definido este concepto, podemos observar cómo la salud mental está estrechamente relacionada con el fomento del bienestar tanto físico como psíquico, la prevención de trastornos mentales, el tratamiento y la recuperación de las personas con problemas de salud mental. Asimismo, según la American Psychiatric Association (2013), para considerar que existe un trastorno mental, este debe concordar con la definición de salud mental:

Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente 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 sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental. Un comportamiento socialmente anómalo (ya sea político, religioso o sexual) y los conflictos existentes principalmente entre el individuo y la sociedad, no son trastornos mentales salvo que la anomalía o el conflicto sean el resultado de una disfunción del individuo, como las descritas anteriormente. (p.5)

Sin embargo, ser diagnosticado con un trastorno mental no comporta una necesidad de tratamiento, debe estar sujeto a una serie de consideraciones, tales como:

La gravedad del síntoma, su significado (p. ej. la presencia de ideas de suicidio), el sufrimiento del paciente (dolor mental) asociado con el síntoma, la discapacidad que implican dichos síntomas, los riesgos y los beneficios de los tratamientos disponibles y otros factores (p. ej. síntomas psiquiátricos que complican otras enfermedades). (American Psychiatric Association, 2013, p. 5)

Revisión de la literatura sobre atención a personas con problemas de salud mental en centros penitenciarios y el papel del Trabajo Social  
De modo similar ocurre con las personas que no son diagnosticadas con una enfermedad mental pero es acuciante un tratamiento o asistencia médica.

En España se utiliza la CIE-10-ES como sistema de categorización de referencia para la codificación clínica y registro de la morbilidad. Integra, a su vez, dos clasificaciones: la Modificación Clínica de la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª versión y el Sistema de Clasificación de Procedimientos. Según la Organización Mundial de la Salud, este sistema divide los trastornos mentales y de comportamiento en once tipos:

- Trastornos mentales debido a afecciones fisiológicas conocidas.
- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas.
- Esquizofrenia, trastorno esquizotípico, delirante y otros trastornos psicóticos no relacionados con el estado de ánimo.
- Trastornos del estado de ánimo (afectivos).
- Trastornos de ansiedad, disociativos, relacionados con estrés, somatomorfos y otros trastornos mentales no psicóticos
- Síndromes de comportamiento asociados a trastornos fisiológicos y factores físicos.
- Trastornos de personalidad y comportamiento del adulto.
- Discapacidad intelectual.
- Trastornos generalizados y específicos del desarrollo.
- Trastornos del comportamiento y trastornos emocionales cuyo inicio se presenta habitualmente en infancia y adolescencia.
- Trastorno mental no especificado.

Con la necesidad de realizar una separación en la concepción de trastorno mental y discapacidad, la Organización Mundial de la Salud ha creado dos procedimientos diferenciados de clasificación, por un lado de enfermedades mentales, conocido como Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y, por otro lado, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), para la discapacidad global.

En relación al desarrollo de un trastorno mental, actualmente no se ha podido demostrar que haya una causa específica que desencadene la enfermedad mental, aunque, si bien es cierto, existe una vulnerabilidad biológica, considerada como un agente desencadenante, que se encuentra ya latente dentro de la persona. Sin embargo, a pesar de que no hay un solo factor que propicie la aparición de una enfermedad mental, sí que existen determinadas características que actúan como factores de riesgo muy importantes, tales como los personales, familiares, sociales y laborales.

4.1.2. *Servicios de atención a la salud mental a lo largo de la historia en España*

Históricamente la atención a la salud y enfermedad mental ha estado estrechamente relacionada con la pobreza, y los recursos asistenciales han sido enormemente escasos y precarios. Los primeros hospitales donde se atendía a los enfermos surgieron en la Edad Media, fruto de la caridad cristiana, y con distintas características sujetas al lugar donde estuvieran ubicados. Los que se hallaban en las ciudades eran fundados por obispos o custodiados bajo el mandato de los reyes, la clase alta o pertenecientes a los municipios. Sin embargo, en las zonas rurales los hospitales eran estancias de los monasterios sin apenas recursos para acoger a enfermos y necesitados.

El primer hospital fundado para el cuidado exclusivo de los enfermos mentales se creó en el año 1410 en Valencia por Fray Juan Gilabert Jofré, religioso de la Orden de la Merced, siendo su finalidad el recogimiento de los enfermos para evitar, de esta forma, que vagasen por las ciudades y fueran maltratados.

En esta ciudad hay muchas y muy importantes obras pías y caritativas; una falta, sin embargo, y es muy necesaria; ésta es, un hospital o casa en donde los pobres inocentes y furiosos sean recogidos porque muchos pobres, inocentes y furiosos vagan por esta ciudad, los cuales pasan grandes penalidades de hambre y de frío y daños, porque debido a su inocencia y furor no saben ganar ni pedir el sustento que necesitan para su vida, y por eso duermen por las calles y mueren de hambre y de frío, y muchas personas malvadas, que no tienen a Dios en su conciencia; los injurian y señalan allí donde se los encuentran dormidos, los hieren y matan y abusan de algunas mujeres inocentes; sucede asimismo que los pobres furiosos hacen daño a muchas de las personas que andan por la ciudad. Estas cosas son conocidas de toda la ciudad de Valencia, por eso sería una cosa y obra muy santa que Valencia construyera un albergue u hospital en el que tales locos e inocentes estuviesen de tal manera que no deambulasen por la ciudad y no pudieran hacer ni recibir daño (López – Ibor, 2008, p.2).

Al ser un hospital religioso recibió el nombre de Hospital Santa María o de Inocentes, con motivo del sacrificio de los menores de edad a manos del rey Herodes, conocido así por la Iglesia. El funcionamiento del centro estaba dirigido por un clavario u hospitaler, cargo que ostentaba uno de los diez administradores del centro y sobre el que recaían las funciones de representación. Los pacientes debían desempeñar trabajos para el hospital, los hombres cuidaban el jardín, la granja y realizaban los servicios de limpieza; mientras que las mujeres se dedicaban a la costura y confección de vestidos. Se poseía

Revisión de la literatura sobre atención a personas con problemas de salud mental en centros penitenciarios y el papel del Trabajo Social la creencia de que la ociosidad podía perturbar en mayor medida la mente y si desobedecían o mostraban una actitud violenta eran castigados.

La creación de esta institución supuso que se fundaran hospitales para enfermos mentales en otros reinos siguiendo su modelo, como por ejemplo los hospitales de Sevilla, Toledo y Valladolid, pertenecientes a la Corona de Castilla y constituidos entre 1436 y 1489. No obstante, en 1425 se fundó en Zaragoza el Hospital de Nuestra señora de Gracia, donde se admitía a toda clase de enfermos sin diferenciación de sexo o creencia y en el que se edificó una casa de locos a comienzos del siglo XV. Asimismo, El Gran Consell General de Baleares decidió unificar todos los hospitales de la isla en uno solo y con dos salas dedicadas a la enfermedad mental en función del sexo del paciente.

Ya en la Edad Moderna España contaba con hospitales psiquiátricos de Sevilla, Toledo y Valladolid, y siete hospitales generales en Barcelona, Zaragoza, Valencia, Palma de Mallorca, Lérida, Granada y Córdoba.

En el año 1526, Juan Luis Vives, humanista católico, expone la necesidad de llevar a cabo un registro de todos los menesterosos, incluyendo en él a las personas que mendigaban en la calle, en sus casas y a las que se encontraban hospitalizadas. En su pensamiento principal se encontraba evitar la ociosidad de los que estaban facultados para trabajar, estando reservadas las tareas más livianas a los mendigos que, por su enfermedad, estuvieran impedidos para realizar estos trabajos. A los enfermos mentales, sin embargo, se les debía conceder acogimiento en los hospitales. Pese a que la enfermedad mental se trataba generalmente en los hospitales, su tratamiento no era exclusivo de los médicos que ostentaran titulación universitaria, los sanadores o curanderos tenían entre la población de la época un gran reconocimiento social, que, unido al pensamiento supersticioso, facilitaba la creencia de lo divino, mágico y diabólico.

Durante el siglo XVII, el tratamiento se limitaba únicamente al cuidado de los enfermos, se proveía de una alimentación sana y variada, se respetaba la limpieza y se apartaba a las personas durante sus crisis. Las funciones de cuidado se repartían entre el clavario, que se encargaban de la atención a los enfermos, y los dependientes, que asumían la cobertura de sus necesidades básicas. Así mismo, el personal también estaba compuesto por el Administrador, procurador y escriba.

En el siglo XVIII se hizo patente el ideal de la Ilustración sobre lo que debía ser la sociedad de la época, encontrándose en él “el empeño de lograr una sociedad ilustrada, utilitaria y eficazmente instruida, sólida y sanamente cultivada, dichosa y de buen gusto” (González Duro, 1995, p. 105). Para los ilustrados era imprescindible excluir a aquellas personas consideradas inferiores o seres inútiles para el progreso de la sociedad, tal como declara González Duro (1995):

Aquellos ilustrados, hombres de razón, discretos, desinteresados y fraternales, rechazaban todo cuanto se presentaba como necio, irracional, erróneo, supersticioso, primitivo, desordenado, estúpido o simplemente inútil. Deseaban eliminar de la circulación social a cuantos fueran idiotas insanos, vagos, ociosos, criminales o locos, considerados como seres nocivos, como un estorbo o amenaza para el ordenado funcionamiento de una sociedad racionalmente organizada, progresiva y eficaz. Por eso contribuyeron a la segregación de los hombres socialmente envilecidos, humanamente degradados, inferiores a las bestias, víctimas de su ceguera, de sus pasiones desordenadas y de sus vicios, faltos de decencia, de público decoro y de honestidad (p. 105 – 106).

En consecuencia, “la actuación del estado absolutista durante el siglo XVIII llevó a manicomios, hospitales, casas de misericordia, cárceles y depósitos, a locos, pobres, vagabundos, mendigos, niños abandonados o ancianos sin fortuna, prostitutas, delincuentes, criminales, libertinos y otros marginales” (Aztarain Diez, p. 67). Por consiguiente, a pesar de que la caridad cristiana continuaba estando muy presente en los hospitales, se inició un proceso de secularización de estas instituciones, pasando a estar en mayor medida bajo el control de los poderes públicos. El Hospital General de Madrid se creó en el año 1766, disponiendo de muy pocas rentas y recursos, poseía en total 1.564 camas repartidas en 38 salas, de las que solamente 38 camas estaban destinadas a enfermos mentales, y, debido a las pésimas condiciones sanitarias y a la falta de atención médica, la salud de los enfermos se agravaba de forma considerable. De modo similar ocurría con los hospicios, en los que el hacinamiento y las condiciones higiénicas aumentaban considerablemente el riesgo de epidemias, siendo cerrados, en la mayoría de los casos, a finales de siglo.

Así, en Sevilla, las personas que sufrían una enfermedad mental y eran ingresadas en el Hospital de Inocentes se encontraban prácticamente en un estado de confinamiento permanente, en contadas ocasiones podían salir de él. Se aislaba a los enfermos del



Revisión de la literatura sobre atención a personas con problemas de salud mental en centros penitenciarios y el papel del Trabajo Social exterior y, dentro del hospital, eran vigilados y atendidos por los enfermeros, que seguían órdenes del administrador.

A comienzos del siglo XIX la complicada situación en la que se encontraba España se vio reflejada en la atención psiquiátrica, como consecuencia de la crisis económica derivada de la guerra contra Francia y de las guerras de independencia hispanoamericanas, así como la destrucción de centros como el de Zaragoza durante el sitio de la ciudad en 1808. Sin embargo, la asistencia psiquiátrica en España era más avanzada que en otros países europeos, tal como asegura Espinosa (1966), citando a Kraepelin: “mientras en el resto de Europa solo se interesaban por el loco teólogos, filósofos y aficionados, en España era el médico el que se preocupaba de su asistencia” (p. 185).

Al mismo tiempo que se comenzó a producir una mayor intervención por parte del Estado en el ámbito de salud pública también se redujeron los juicios por brujería, viéndose reflejada una influencia de la Ilustración. Se reconocía al loco como un enfermo y era necesario un certificado médico para que fuera ingresado en un hospital, así como se utilizaba el trabajo como terapia.

Fruto de todo ello, se va produciendo una progresiva secularización y medicalización de la gestión institucional, que se sustrae así de la influencia religiosa. Nuestro país puede considerarse incluso un precursor en la medicalización de la asistencia al enfermo mental, tanto por el control médico de los ingresos, como por la tutela de los enfermos una vez ingresados (Martín, 1991, pp. 31 – 32).

No obstante, durante el reinado de Fernando VII, siendo una monarquía absoluta, se produjo un deterioro en la asistencia a los enfermos mentales y un retraso en la investigación científica en el campo de la psiquiatría. En el ámbito legislativo, tampoco se realizaban renovaciones en materia de atención a los enfermos psiquiátricos, excepto la primera Ley de Beneficencia que, sin embargo, careció de efectividad práctica.

En 1848 se crea la Estadística General de Dementes, en la que se recogían a todas las personas con una enfermedad mental durante 1846 y 1847, los estudios realizados para la construcción de un manicomio piloto y las condiciones en las que se debía realizar una inspección de los lugares para estos enfermos. Con la ley de Beneficencia de 1849 se concedió al Estado las competencias sobre la asistencia pero, debido a las dificultades económicas que atravesaba, a través de Reales Decretos de 27 de junio y 19 de

Revisión de la literatura sobre atención a personas con problemas de salud mental en centros penitenciarios y el papel del Trabajo Social

diciembre, se establece que sean las diputaciones las encargadas de la creación de centros asistenciales para los enfermos o del sufragio de los costos en los manicomios de Valladolid, Toledo y Zaragoza, hasta que el Estado fuera capaz de asumir por sí mismo los costes. Posteriormente, con la Orden circular de la Regencia del 27 de julio de 1870, la Real Orden de 29 de febrero de 1876 y el Real Decreto de 19 de abril de 1887, se reitera la responsabilidad de las provincias de la asistencia a los enfermos mentales. Por otra parte, el Decreto de 19 de mayo de 1885, unido a las disposiciones anteriores, según expresa Aztarain Díez, “fueron impulsadas más por las dificultades administrativas –el pago de las estancias– que por un interés en mejorar las condiciones de los enfermos o un tratamiento más apropiado para ellos” (p. 13).

Las condiciones en las que se encontraban las casas de locos propiciaron que órdenes religiosas, como la Orden de San Juan de Dios, comenzaran a hacerse cargo de los manicomios, con carácter privado, comenzando con los de Leganés, Valladolid y Conjo, consiguiendo un incremento en la calidad asistencial.

A principio del siglo XX se empezó a producir una especialización en el campo de la medicina psiquiátrica y a trabajar de un modo más científico. Sin embargo, la Guerra Civil, las crisis económicas y el aislamiento que sufrió España como resultado del régimen dictatorial implantado, provocaron un parón en el estudio de este ámbito. No obstante, durante la primera mitad de siglo se introdujeron sustanciales mejoras, tales como la Escuela Nacional de Sanidad (ENS), constituida por Real Decreto de 9 de diciembre de 1924 para la formación de profesionales de la salud pública; la escuela de psiquiatría en 1926, para la investigación científica de la enfermedad mental; un nuevo decreto de internamiento de enfermos mentales en 1931, por el Gobierno Provisional, que, recogiendo la primera propuesta de la Liga de Higiene Mental en España, promulgaba el derecho de todo enfermo psíquico a recibir atención médica.

Con la creación del primer Dispensario de Higiene Mental de Madrid, en 1932, cuyo objetivo principal era el estudio de los primeros síntomas, el tratamiento ambulatorio y el reposo en servicio abierto, se persiguió una mejora en los centros asistenciales pero, sin embargo, los escasos presupuestos, el aumento de la demanda y el hacinamiento de los pacientes, dieron lugar al fracaso en los resultados. La Guerra Civil precarizó la asistencia a los enfermos mentales, disminuyendo de forma considerable los recursos

Revisión de la literatura sobre atención a personas con problemas de salud mental en centros penitenciarios y el papel del Trabajo Social destinados a su atención y tratamiento, así como se redujo el personal médico y se volvió a los tratamientos tradicionales de contención.

En 1943 se estableció por parte de la dirección General de Sanidad la necesidad de dispensarios de higiene mental en todas las Jefaturas Provinciales de Sanidad, sin embargo, no tuvo efectividad hasta 1950 cuando, por otra parte, solamente se dotaron la mitad de las provincias españolas y sin cubrir la totalidad de las plazas para personal sanitario. Desde entonces y hasta 1985 se introdujeron algunas innovaciones, tales como el primer antipsicótico, la clorpromazina, y la especialidad de Ayudante Técnico Sanitario Psiquiátrico.

En ese mismo año, el Ministerio de Sanidad redactó un documento para la Reforma Psiquiátrica, por el que se integraba a la Salud Mental dentro de la asistencia sanitaria general, adoptado por todas las comunidades autónomas. En el informe de la Comisión Ministerial se reflejó cómo debían organizarse las estructuras sanitarias, llevando a cabo una coordinación entre los servicios de atención primaria y los servicios especializados y basándose en un modelo de atención integral. El segundo paso hacia la Reforma Psiquiátrica llegó en 1986, con la publicación de la Ley General de Sanidad, a través de la que se constituyó un Sistema Nacional de Salud, permitiendo el acceso a cobertura sanitaria a toda la población.

En 2001 la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) realizó un análisis sobre la efectividad de la asistencia a la salud mental dentro del sistema sanitario, quedando patente su reconocimiento por el acercamiento de los servicios de Salud Mental a los ciudadanos, siendo un sistema de carácter público, universal y gratuito. Sin embargo, también quedaron reflejadas las carencias de la Reforma Psiquiátrica: se encontraron grandes diferencias en la calidad y desarrollo entre comunidades autónomas, además de la escasez de redes de cuidados intermedios y de programas de atención destinados a niños y adolescentes, así como la insuficiencia de una red asistencial para personas con problemas de salud mental que se encuentran en prisión, que se enfrentan a enormes problemas para su recuperación e inserción social.

Actualmente, la enfermedad mental continúa enfrentándose a grandes dificultades, siendo insuficientes, en muchas ocasiones, los servicios de atención a la salud mental

Revisión de la literatura sobre atención a personas con problemas de salud mental en centros penitenciarios y el papel del Trabajo Social para cubrir las necesidades de todos los ciudadanos que lo requieren y existiendo una notable desigualdad entre comunidades autónomas.

#### *4.1.3. Estigmatización de la enfermedad mental y exclusión social*

Se considera estigma al “atributo que es profundamente devaluador, el cual degrada y rebaja a la persona portadora del mismo” (Goffman, 1963; citado en Muñoz, Pérez, Crespo y Guillén, 2009). Sin embargo, para Stafford y Scott (1986, citado en Muñoz et al., 2009) significa “una característica de las personas que resulta contraria a la norma de una unidad social, considerando como “norma” una creencia compartida dirigida a comportarse de una forma determinada en un momento preciso”.

El estigma se compone de tres elementos interrelacionados: los **estereotipos**, concepciones y creencias aceptadas por la sociedad; los **prejuicios sociales**, actitudes o respuestas emocionales negativas que surgen ante los prejuicios y dan lugar al último aspecto; la **discriminación efectiva**, conducta de rechazo que devalúa a un individuo por su condición (Muñoz et al., 2009; Arnaiz & Uriarte, 2006).

En relación a la enfermedad mental, se suele vincular a las personas que lo sufren con la violencia y peligrosidad, además de culpabilizarlas por su enfermedad e incapacidad para realizar tareas básicas de la vida diaria o para el control de su conducta. Estos estereotipos provocan reacciones de temor o desconfía, que pueden dar lugar a múltiples formas de discriminación que se traduce en la limitación al acceso al trabajo, la vivienda o las relaciones sociales, entre otras (Muñoz et al., 2009; Arnaiz & Uriarte, 2006; Mora et al., 2009).

Pero esta discriminación no solo afecta a las personas que sufren la enfermedad mental, sino también a su entorno familiar (Muñoz et al., 2009; Mora et al., 2009). La exclusión social a la que se ven sometidos, puede desencadenar otros efectos, como son los psicológicos, que se manifiestan en “comportamientos auto-excluyentes, problemas cognitivos, conductas auto-punitivas y de riesgo, etc.” (Twenge, Catanese, & Baumeister, 2003; citado en Muñoz et al., 2009).

Revisión de la literatura sobre atención a personas con problemas de salud mental en centros penitenciarios y el papel del Trabajo Social Para Corrigan (2005, citado en Muñoz et al., 2009), se considera socialmente que una persona padece una enfermedad mental cuando presenta conductas inapropiadas, alteraciones en el lenguaje verbal y corporal o falta de higiene personal, estigmatizando tanto a las personas que se conoce que sufren una enfermedad mental como a las que se cree que pueden padecerlo. Se distingue entre dos tipos de estigma, el estigma público y el auto – estigma, ambos derivados de la interiorización de los prejuicios sociales. Sin embargo, puede considerarse el auto – estigma uno de los efectos más peligrosos, llevando a las personas que lo sufren a aislarse socialmente o a no buscar ayuda profesional.

Una gran parte de la población con enfermedad mental no acuden a los servicios de atención psiquiátrica o abandonan el tratamiento por temor a ser estigmatizados y aislados socialmente (Muñoz et al., 2009; Arnaiz & Uriarte, 2006; Mora et al., 2009). Estas personas son consideradas “consumidores potenciales”, tienen conciencia de los prejuicios que existen contra las enfermedades mentales y evitan ser vistos de ese modo (Arnaiz & Uriarte, 2006).

Esta concepción negativa de la enfermedad mental se aprende previamente a su aparición y se agrava cuando surgen los primeros síntomas, denominándose estigma percibido o anticipado, es decir, la creencia de ser aislado si la sociedad es conocedora del padecimiento de una enfermedad. Al rechazo que sufren los familiares y, en algunas ocasiones, los profesionales que trabajan con personas con enfermedad mental, se le conoce como estigma por asociación y, de la misma forma que ocurre con los enfermos, también sufren estigma público y auto – estigma (Muñoz et al., 2009).

Para poder entender los procesos de estigmatización de la enfermedad mental, Muñoz et al. (2009) explican los distintos modelos teóricos formulados para comprender este fenómeno. Diferencian entre los modelos sociológicos y los modelos psicosociales. Dentro de los **modelos sociológicos** se encuentra la “teoría del etiquetado”, desarrollada por Link (1987) y Cullen, Frank y Wozniak (1987), que “considera que una etiqueta psiquiátrica pone en marcha una serie de estereotipos culturales e imágenes negativas sobre la enfermedad mental que son aplicados al individuo que la padece, por parte de los demás pero también por la propia persona”. Esta teoría fue actualizada por Link, Cullen, Struening, Shrout, y Dohrenwend (1989) posteriormente para señalar el

Revisión de la literatura sobre atención a personas con problemas de salud mental en centros penitenciarios y el papel del Trabajo Social efecto que produce esta etiqueta en distintas esferas de la vida, tales como el “acceso a los recursos sociales y económicos y los sentimientos generales de bienestar”.

Sin embargo, el modelo de Link y Phelan (2001) hace referencia al estigma “como un proceso en el que convergen cinco componentes”. El primer factor alude a la tendencia humana de agrupar y diferenciar a las personas. El segundo a la relación de algunos grupos con características indeseables. El tercero se refiere a la agrupación de una persona con estas características en otro grupo distinto al nuestros para crear una separación entre ambos. El siguiente consiste en una devaluación que da lugar a la desigualdad social. Con el quinto componente se hace referencia a que la estigmatización no tiene por qué ir unida al poder social, económico y político.

Muñoz et al. (2009) analizan las tres clasificaciones que desarrolla Ottati et al. (2005) sobre **los modelos psicosociales** que explican el estigma:

1. Los modelos que consideran que el estigma es una respuesta emocional negativa que da lugar al prejuicio. Esta respuesta puede producirse por varios motivos:
  - a. Condicionamiento clásico, esto es, cuando se experimentan, directa o vicariamente, repetidas asociaciones entre un determinado grupo social y estímulos aversivos (e.g. cuando los padres muestran desagrado ante una persona con enfermedad mental o cuando los medios de comunicación hablan de personas con enfermedad mental en relación con acontecimientos violentos)
  - b. Malas atribuciones de determinados estados emocionales que llevan a que los estados afectivos provocados por un estímulo aversivo se atribuyan erróneamente a otro estímulo (e.g. el gesto de desagrado de la madre causa malestar en el niño, quien lo atribuye al modo de actuar de la persona con enfermedad mental, o el malestar causado por la noticia de un asesinato se atribuye la persona con enfermedad mental mencionada en la misma)
  - c. Desplazamiento de la agresión desde el agente que provoca la ira a otro estímulo, situación o persona. Este fenómeno sucede cuando la reacción ante el agente que provoca la ira es imposible o altamente problemática, y suele llevar a reacciones ante otros agentes que se perciban como provocadores o cuya conducta pueda interpretarse como provocadora, que se encuentren en marcos de referencia desagradables y marginados dentro de la sociedad (tal y como sucede con las personas con enfermedad mental).
  
2. Los modelos que consideran que el prejuicio proviene de motivaciones:
  - a. Hipótesis del mundo justo: la motivación para percibir justicia en el mundo es una poderosa fuerza que puede influir en la reacción ante un amplio rango de circunstancias desafortunadas, entre las que se incluiría la enfermedad mental. De este modo para mantener la asunción de que el mundo es justo, se establece que cada uno recibe lo que merece, lo cual lleva a culpar a la víctima.

- b. Las diferencias individuales en factores tales como autoritarismo y dominancia social. Quienes poseen una orientación que enfatiza la competitividad y el estatus prefieren una estructura social jerárquica que mantenga las diferencias de poder entre los distintos grupos y lleva a que los grupos dominantes generen prejuicios y discriminación hacia otros grupos, especialmente las minorías que ocupan un estatus social bajo, tal y como sucede con las personas con enfermedad mental.
  - c. Las personas poseen además de su identidad individual una identidad social que están motivados a mantener. Este sentido de identidad social va a influir en cómo perciben tanto a los miembros del grupo como a quienes no pertenecen al mismo, generando actitudes más favorables hacia los primeros. Desde este punto de vista las personas con enfermedad mental son vistas por la población no clínica como personas de “fuera del grupo” que son evaluadas de manera menos favorable que la gente “normal”. Esta motivación afecta también a la cognición generando distorsiones cognitivas respecto a los demás.
3. Los modelos que explican la formación del prejuicio debido a la cognición. Los seres humanos, a través de la clasificación de objetos y personas con unas características comunes, intentan predecir situaciones sociales con el fin de aumentar el control sobre ellas. Cuando ocurre esta estereotipación de un grupo social se produce una generalización excesiva o errónea que puede llevar a modificar el comportamiento para propiciar que la otra persona actúe de una determinada manera, dando lugar a una profecía autocumplida.

Hay personas que no poseen valores relacionado con los prejuicios y no aplican estereotipos, sin embargo, no siempre puede ser controlado:

En el caso concreto de las personas con enfermedad mental, mucha gente puede experimentar cierto conflicto a la hora de evaluar las características y cualidades de las personas con enfermedad mental. En consecuencia, dicha valoración se caracteriza con frecuencia por la ambivalencia, la cual puede tener dos implicaciones importantes: en primer lugar, se ha constatado que las personas con sentimientos ambivalentes hacia grupos estigmatizados con frecuencia muestran comportamientos extremos hacia ellos, lo que se denomina amplificación de respuesta (como medio para reducir el malestar generado por la ambivalencia); en segundo lugar, dado que la actitud predominante hacia el grupo estigmatizado va a variar en función del contexto, el modo de tratarlo o de comportarse ante ese grupo va a ser altamente inconsistente y dependiente de la situación (Muñoz, Pérez, Crespo y Guillén, 2009, p.20).

Han sido numerosos estudios los que se han realizado sobre la estigmatización de la enfermedad mental. Por ejemplo, el estudio desarrollado por Muñoz et al. (2009) repasa la literatura publicada sobre estigma y enfermedad mental. Estos autores señalan que

Revisión de la literatura sobre atención a personas con problemas de salud mental en centros penitenciarios y el papel del Trabajo Social la mayor parte de estas investigaciones han sido desarrolladas en el extranjero, aunque en España también se ha realizado diversos estudios. Sin embargo, existe una carencia de datos actualizados y representativos del contexto actual. Por ejemplo, estos autores observan que existen dos ramas de estudio:

El primer grupo de investigaciones se ha planteado como objetivo principal la descripción exhaustiva de las experiencias o creencias de estigmatización en personas con un trastorno mental. El segundo bloque avanza un paso más y ha investigado la posible relación entre el estigma y diversas variables de interés. (p. 23)

Según Muñoz et al., destacan, dentro del primer bloque, dos investigaciones principales. La primera investigación llevada a cabo por Wahl (1999) se centró en estudiar las experiencias de personas con una enfermedad mental que hubieran sido estigmatizadas. La segunda investigación realizada por Dickerson et al. (2002) se centró en las vivencias con personas con esquizofrenia. Mientras que en el primer estudio las experiencias más repetidas consistían en el “hecho de presenciar comentarios o descripciones estigmatizadoras acerca de la enfermedad mental” (Muñoz et al., 2009, p. 23), en el segundo “las experiencias estigmatizadoras más usuales se relacionaban con las reacciones de otras personas ante su estado psiquiátrico, que habitualmente mostraban una falta de aceptación o comprensión del trastorno mental” (Muñoz et al., 2009, p.24). En ambas investigaciones el estigma procedía de la sociedad, del entorno laboral y su entorno más cercano.

En el segundo bloque los trabajos más destacados analizan los efectos que conlleva el estigma en el bienestar de las personas que lo sufren. Por un lado, la investigación de Link et al. (1997) se centra en los efectos a largo plazo en el bienestar de personas con una patología dual, mientras que el segundo estudio llevado a cabo por Markowitz (1998) analiza el bienestar psicológico y vital de las personas con una enfermedad mental grave. Y, por otro lado, Wright et al. (2000) investiga la relación entre estigma y autoestima en las personas que abandonan un centro psiquiátrico después de una estancia prolongada, resultando una menor autoestima en las personas con un mayor temor a sufrir rechazo.



Revisión de la literatura sobre atención a personas con problemas de salud mental en centros penitenciarios y el papel del Trabajo Social  
Tras el análisis de estos estudios, Muñoz et al. (2009) obtienen las siguientes conclusiones:

- En cuanto al **estigma percibido**, se ha obtenido un alto porcentaje de participantes que poseen la concepción de que una persona con una enfermedad mental sufrirá rechazo por parte de la sociedad. De acuerdo con los estudios de Markowitz (1998) y Link et al. (2001), este estigma mantiene una correlación negativa con la calidad de vida y la autoestima, mientras que está correlacionado positivamente con síntomas de ansiedad y depresión. Por otra parte, a pesar de que en algunas investigaciones como la de Markowitz (1998) no se ha encontrado una relación entre el estigma percibido y síntomas psicóticos, en otros estudios se ha encontrado una estrecha relación entre estigma percibido y síntomas psicóticos y grado de discapacidad.
- El porcentaje de personas que ha sufrido **estigma experimentado** es elevado, sin embargo, el resultado obtenido es menor que en el caso del estigma percibido. De la misma manera que ocurre con el estigma percibido, en este caso también se mantiene una correlación negativa con la calidad de vida y la autoestima. Mientras que en estudios como los de Markowitz (1998) y Link et al. (1997) se halla una correlación positiva con indicios psicóticos, de depresión, ansiedad, en la investigación de Dickerson et al. (2002) no se ha encontrado ninguna correlación. Asimismo tampoco se ha hallado relación con el grado de funcionamiento psicosocial. El estudio de Wright et al. (2000) comprueba que cuando una persona es estigmatizada el desprecio hacia sí misma aumenta, así como la probabilidad de sufrir estigma cuando expresa temor al rechazo.
- Por otra parte, en la investigación de Ritsher y Phelan (2004) se obtiene una elevada proporción de participantes con un alto grado de **auto – estigma**.
- Ante estas situaciones, las personas que lo sufren responden con mayor frecuencia de forma positiva, buscando apoyo o implicándose para producir un

Revisión de la literatura sobre atención a personas con problemas de salud mental en centros penitenciarios y el papel del Trabajo Social  
cambio de pensamiento en la sociedad. No obstante, en algunas ocasiones, se producen respuestas negativas que llevan a estas personas a aislarse socialmente.

- En el seguimiento realizado en los estudios de Link et al. y Markowitz se evidenció una estabilidad en el grado de estigma.
- En el estudio de regresión llevado a cabo por Perlick et al. (2001) se comprobó que el estigma puede advertir como se van a desarrollar algunas interacciones sociales, como el ocio social, pero otras como las relaciones interfamiliares no.

#### 4.2. La enfermedad mental en el sistema penitenciario.

El Código Penal está recogido en la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Esta Ley “define los delitos y faltas [en la actualidad son los denominados delitos leves] que constituyen los presupuestos de la aplicación de la forma suprema que puede revestir el poder coactivo del Estado: la pena criminal” (párr. 1).

Según el artículo 10 del Código Penal “son delitos las acciones y omisiones dolosas o imprudentes penadas por la ley”. Para que una conducta sea considerada delito es necesario que sea típica, antijurídica, culpable y punible, es decir, si hay ausencia de uno de estos elementos no existe delito. Una conducta típica es aquella que está recogida por la ley como un delito y que, generalmente, será también antijurídica, es decir, contraria al derecho. La culpabilidad es la reprochabilidad del hecho delictivo, recayendo sobre la persona que lo haya cometido y atendiendo a las circunstancias personales patentes en el momento de su ejecución. Una vez demostrada la conducta típica, antijurídica y culpable, queda dilucidar la punibilidad del hecho, esto es, la aplicación de una pena o sanción (Hava García, s.f)

Para poder determinar la culpabilidad de un sujeto es necesario considerar su imputabilidad, además de la antijuridicidad del acto y exigibilidad. Tal y como se establece en los siguientes apartados del artículo 20 del Código Penal está exento de responsabilidad criminal:

1.º 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.

2.º El que al tiempo de cometer la infracción penal se halle en estado de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, siempre que no haya sido buscado con el propósito de cometerla o no se hubiese previsto o debido prever su comisión, o se halle bajo la influencia de un síndrome de abstinencia, a causa de su dependencia de tales sustancias, que le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión.

3.º El que, por sufrir alteraciones en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia, tenga alterada gravemente la conciencia de la realidad.

Por tanto, serán inimputables los sujetos que por causa de enfermedad mental y trastorno mental transitorio no puedan comprender la ilicitud del acto cometido, actuando de eximente completa. Por otra parte, en el apartado 1º del artículo 21 del Código Penal se recoge que se establecerá como un atenuante “las causas expresadas en el capítulo anterior, cuando no concurrieren todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad en sus respectivos casos”.

Al declararse inimputabilidad, no puede aplicarse una pena, sin embargo, si pueden establecerse medidas alternativas, como las medidas de seguridad. Según el artículo 6:

1. Las medidas de seguridad se fundamentan en la peligrosidad criminal del sujeto al que se impongan, exteriorizada en la comisión de un hecho previsto como delito.
2. Las medidas de seguridad no pueden resultar ni más gravosas ni de mayor duración que la pena abstractamente aplicable al hecho cometido, ni exceder el límite de lo necesario para prevenir la peligrosidad del autor.

Existen dos tipos de medidas de seguridad, tal y como está establecido en el artículo 96 del Código. Se determinan medidas privativas de libertad si se considera que existe peligrosidad, estas medidas son: “el internamiento en centro psiquiátrico, el internamiento en centro de deshabitación y el internamiento en centro educativo especial”. Mientras que son medidas de seguridad 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, la privación del derecho a la tenencia y porte de armas.

Por tanto, Zabala Baños (2016) recoge las situaciones a nivel jurídico a las que se pueden enfrentar las personas con trastorno mental:

- Imputado o procesado: refiriéndose a una persona que tiene una causa judicial abierta.
- Preventivo: cuando una persona es sometida a una medida cautelar de prisión preventiva al existir indicios de haber cometido un acto delictivo.
- Condenado: situación en la que se encuentra una persona cuando ha quedado demostrada su participación en la comisión de un delito y le es impuesta una pena.
- Penado: referido a una persona que ha sido condenada a una pena privativa de libertad y, por tanto, debe cumplirla en un centro penitenciario ordinario.
- Sometido a una medida de seguridad: situación de una persona declarada inimputable y, en consecuencia, es sometida a una medida de seguridad.

#### 4.2.1. Las medidas de seguridad

López Martínez (2015) define las medidas de seguridad como:

Aquellas consecuencias jurídicas aplicables por el órgano jurisdiccional, en sustitución de una pena o conjuntamente con ella, a ciertos individuos (inimputables), autores de un hecho previsto como infracción criminal, que, por sus especiales características personales, son susceptibles de tratamiento terapéutico o reeducador (p. 75).

El artículo 6. 1 del Código Penal establece que el tiempo de cumplimiento de la medida de seguridad no puede ser mayor que la pena aplicable al delito. En las medidas de

Revisión de la literatura sobre atención a personas con problemas de salud mental en centros penitenciarios y el papel del Trabajo Social

seguridad privativas de libertad pueden darse dos supuestos, el cumplimiento completo de la medida impuesta o su sustitución por una medida no privativa de libertad (López Martínez, 2015). No obstante, este último apenas sucede, lo que se traduce en el cumplimiento completo de la medida de seguridad impuesta en la mayoría de los casos (Roldán Barbero, 2019).

Para las personas con una patología psiquiátrica se establecen distintas medidas de seguridad, entre las que se encuentra el internamiento en un Hospital Psiquiátrico Penitenciario, tal y como establece el artículo 96 del Código Penal. Sin embargo, estas también pueden ser cumplidas en los Módulos psiquiátricos de las prisiones (Roldán Barbero, 2019).

El artículo 183 del Reglamento Penitenciario establece que “los Establecimientos o Unidades Psiquiátricas penitenciarias son aquellos centros especiales destinados al cumplimiento de las medidas de seguridad privativas de libertad aplicadas por los Tribunales correspondientes”.

Actualmente existen dos Hospitales psiquiátricos en España, en Sevilla y en Alicante. El Hospital psiquiátrico Penitenciario de Sevilla comprende las comunidades autónomas de Andalucía, Canarias, Ceuta y Melilla. Mientras que el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante comprende el resto del territorio español, excepto Cataluña. Son centros penitenciarios con funciones de retención y custodia, con un carácter asistencial y un fin rehabilitador, de acuerdo con el modelo biopsicosocial (López Martínez, 2015; Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, s.f).

Los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios cuentan con un equipo multidisciplinar, compuesto por psiquiatras, médicos generales, enfermeros y trabajadores sociales. Y, además, en caso de ser necesario, la Administración Penitenciaria podría solicitar la participación otras administraciones públicas para la continuación de tratamiento psiquiátrico del interno tras su salida del centro (artículo 185 del Código Penal).

El Equipo multidisciplinar está orientado a la estabilización de la enfermedad y la peligrosidad de los sujetos. Además cuentan con un programa de actividades asistenciales, educativas, deportivas, salidas terapéuticas, etc (López Martínez, 2015; Roldán Barbero, 2019; Ruiz Arias, s.f).

El artículo 186 del Reglamento Penitenciario establece el protocolo que se debe seguir en el momento del ingreso. Cuando el paciente ingresa en el centro es atendido por un facultativo de guardia que le deriva a la estancia más adecuada conforme a su situación, a la espera de ser reconocido por el psiquiatra. El Equipo recogerá en un informe el diagnóstico, la evolución con el tratamiento, el mantenimiento o traslado a otro centro y las actuaciones necesarias durante su estancia o en el momento de su salida, entre otras. De forma periódica el Equipo Multidisciplinar emite un informe sobre el estado y evolución de cada paciente como control judicial (artículo 187 del Reglamento Penitenciario).

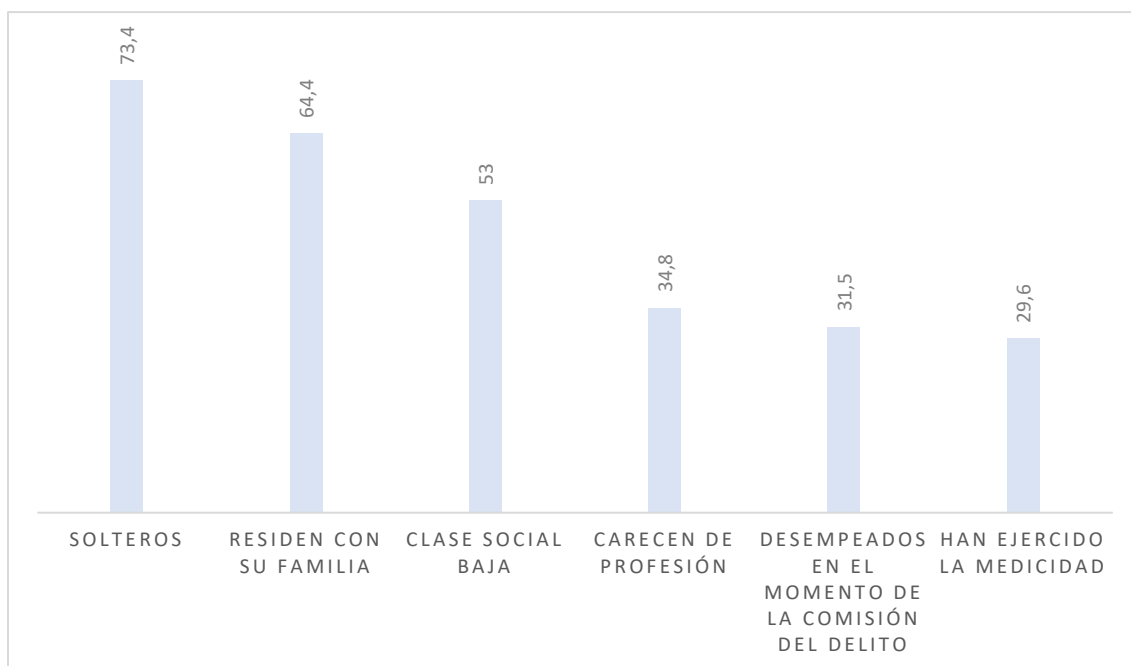
Sin embargo, la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias recoge en el Informe de Hospitales Psiquiátricos dependientes de la Administración Penitenciaria las deficiencias a nivel estructural y funcional que presentan los dos hospitales psiquiátricos penitenciario. Se señala en dicho informe que el perfil del personal es muy similar al de un centro penitenciario ordinario y existe una carencia de personal asistencial especializado. Así como la orientación de las instalaciones, más parecidas a una prisión ordinaria que a un hospital.

Por otra parte, se refleja en él la saturación de ambos hospitales, traducido en el empobrecimiento de la atención a los pacientes y del desarrollo de las labores de todo el personal. Además, tanto la entrada como la salida del centro se encuentran sujetas a decisión judicial, por lo que no todas las personas que se encuentran en ellos pueden beneficiarse durante su permanencia en el hospital.

Destaca, además, la falta de recursos que permitan la continuidad de acogimiento y tratamiento una vez finaliza la medida de seguridad, facilitando el fenómeno de “puerta giratoria”, es decir, la entrada y salida constante de los sujetos del sistema penitenciario.

En el estudio realizado por Íñigo et al. (1999) se analiza una muestra de 267 pacientes, 247 hombres y 20 mujeres, del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante. A través de este estudio se puede comprobar el perfil general de los pacientes, en su mayoría hombres, solteros, de clase social baja, que residen con su familia. Destaca también el elevado porcentaje de pacientes desempleados y que han ejercido la mendicidad (ver gráfico 1).

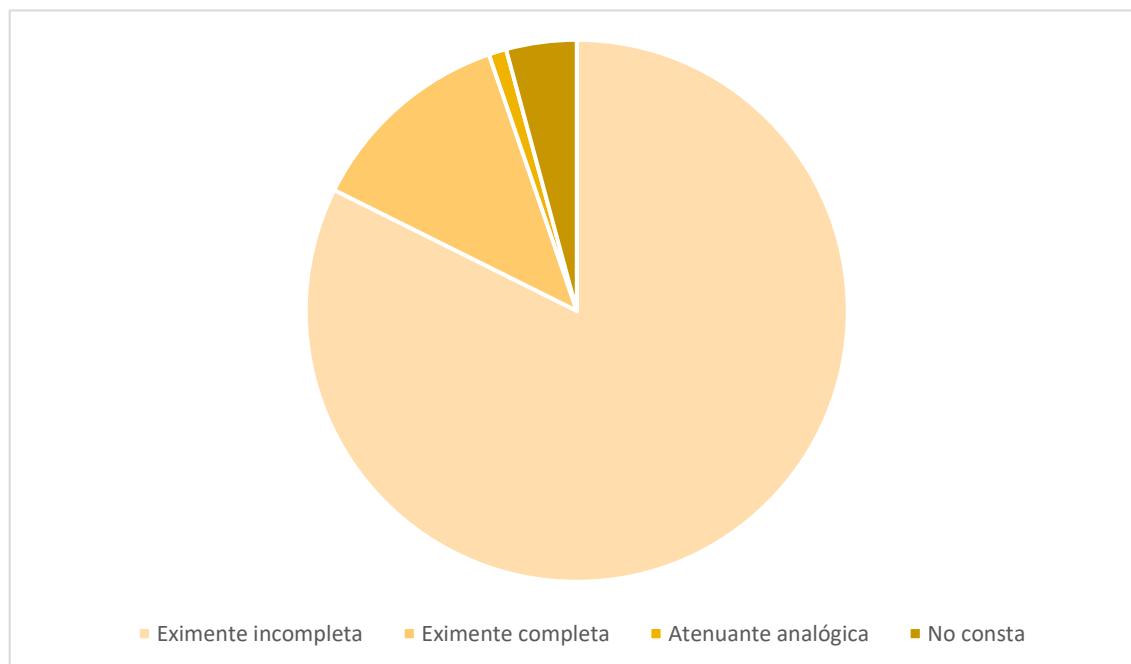
**Gráfico 1. Perfil de los pacientes del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante.**



Fuente. Elaboración propia a partir de datos de Perfil clínico y delictivo de los enfermos ingresados en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante, 1999.

En el año 2014 había en España 529 personas cumpliendo una medida de seguridad de internamiento psiquiátrico, de las que 397 se encontraban internadas en un hospital psiquiátrico penitenciario y 132 en prisión (Cerezo & Diaz, 2016). Un estudio analizado por estos autores, a partir de una muestra de 51 internos que se encontraban cumpliendo una medida de seguridad de internamiento psiquiátrico en un centro penitenciario ordinario entre los años 2007 y 2014, evidenció que el 78,4% de los internos mentales en el centro penitenciario habían sido declarados semiimputables y un 11,4% inimputables. Mientras que en cuatro casos no conta el eximente de responsabilidad criminal y en solo uno se aplicó atenuante analógica (ver gráfico 2.)

**Gráfico 2. Exención o disminución de la responsabilidad criminal.**



Fuente: Adaptado de El enfermo mental en el medio penitenciario, 2016.

#### 4.2.2. Los centro penitenciarios

##### 4.2.2.1. Perfil de los internos con enfermedad mental

A lo largo de las últimas décadas se han realizado diversos estudios sobre la prevalencia de enfermedad mental en la población reclusa en España. Cerezo & Díaz (2016) repasan concretamente tres estudios que ponen de manifiesto el incremento del número de internos que padecen una enfermedad mental. El primer estudio, La situación de los enfermos mentales internados en centros penitenciarios Andaluces, llevado a cabo por el Defensor del Pueblo Andaluz, se centra exclusivamente en las enfermedades mentales crónicas en los centros penitenciarios andaluces y muestra que el 2% de la población que en ese momento ingresaba en prisión sufría un trastorno mental crónico. El total de los internos andaluces con una enfermedad crónica era del 4,35%.



Revisión de la literatura sobre atención a personas con problemas de salud mental en centros penitenciarios y el papel del Trabajo Social

Posteriormente, la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria realizó el Estudio sobre salud mental en el Medio Penitenciario, en el año 2007. A través de la revisión de la historia clínica de una muestra de 970 internos a lo largo de 64 prisiones de todo el país, se obtienen los siguientes resultados:

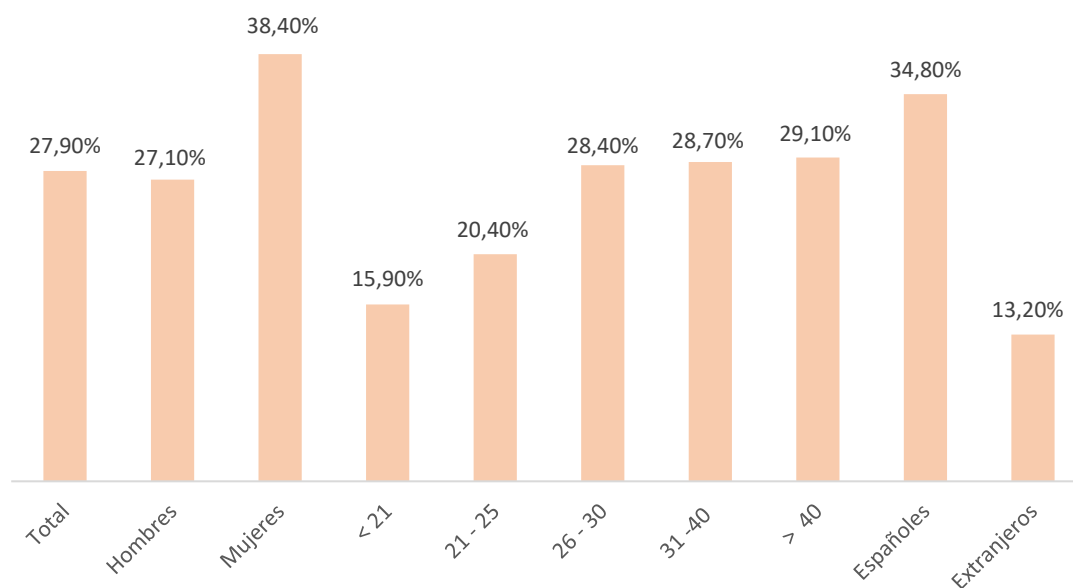
Una de cada cuatro personas ingresada en los centros penitenciarios españoles presenta una patología psiquiátrica, y si se incluye además la drogodependencia, la tasa aumenta a una de cada dos. Señala también el estudio que entre los internos hay una probabilidad de 2 a 4 veces mayor de padecer un trastorno psicótico y una depresión mayor que la población en general, probabilidad que se eleva hasta 10 veces más cuando se trata de un trastorno antisocial de la personalidad (Cerezo & Díaz, 2016, p.10).

El último estudio que repasan es el Informe de Prevalencia de Trastornos Mentales en Centros Penitenciarios Españoles (Estudio PRECA), elaborado en el año 2011 por el Grupo Preca. Se utilizó una muestra de 707 reclusos de 5 prisiones de las comunidades autónomas de Cataluña, Madrid y Aragón. El trabajo muestra que la prevalencia de enfermedad mental en población penitenciaria es hasta 5 veces mayor que en población general. El porcentaje aumenta de forma considerable en los internos con drogodependencia. Asimismo, se concluye que un 80% de los internos han sufrido alguna vez un trastorno mental, y el 40% durante el año en el que ingresaron en prisión. Asimismo, en el estudio de Bascón y Vargas (2016) se recoge la alta prevalencia de internos con trastorno mental en los centros penitenciarios.

Los últimos datos que se conocen están recogidos en el último Informe General de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias de 2018. En él se establece que hay un total de 50.524 internos en España, de los que un 92,4% son hombres y el 7,6% restante son mujeres. El 29,9% de los internos afirman haber sido diagnosticados de un trastorno mental en algún momento. De los que, el 12% fue en libertad, el 7,7% mientras se encontraban en un centro penitenciario y el 10,2% en ambos. Sin embargo, un 27,9% está en tratamiento psiquiátrico, ocupando las mujeres el mayor porcentaje con un 38,4%, los internos con una edad superior a 40 años con un 29,1% y de nacionalidad española con un 34,8%.

En el gráfico 1 observamos el porcentaje de internos que se encontraban en tratamiento con medicación psiquiátrica en ese momento con una distinción de sexo, grupo de edad y nacionalidad.

**Gráfico 3. Población penitenciaria en tratamiento psiquiátrico en función de sexo, edad y nacionalidad.**



Fuente: Adaptado de Informe General de Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2018.

Existe una correlación entre el consumo de drogas y la enfermedad mental. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2018) recoge que “el 84,9% de los internos que han sido diagnosticados en prisión de un trastorno mental han consumido alguna vez en la vida drogas ilegales”. Asimismo, en el momento del ingreso en prisión, las personas con una adicción a las drogas refirieron que:

Al 26,4% de los consumidores de cocaína le habían diagnosticado un trastorno mental en libertad, al 36,9% de los consumidores de heroína más cocaína, al 33,6% de los consumidores de heroína, al 23,9% de los consumidores de cannabis y al 15,9% de los consumidores de alcohol (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2018, p. 231).

Revisión de la literatura sobre atención a personas con problemas de salud mental en centros penitenciarios y el papel del Trabajo Social

Por otra parte, el Informe refleja que el 21,3% de los internos han llevado a cabo un intento de suicidio alguna vez, de los que un 10% ocurrió fuera de prisión, un 6,4% dentro de un centro penitenciario y el 4,9% restante en ambos. Siendo un 11,3% el total de la población interna que ha intentado quitarse la vida al menos una vez dentro de prisión.

El perfil general de un interno con enfermedad mental en prisión suele ser un hombre de unos cuarenta años que presenta una patología dual, es decir, enfermedad mental y drogadicción. Además, se caracteriza por un bajo nivel educativo y económico, que constituye un factor importante a la hora de recibir tratamiento para la enfermedad mental. Los recursos psiquiátricos comunitarios son muy limitados, imposibilitando el acceso a una gran parte de la población y derivando su cuidado a las familias, en muchas ocasiones, con escasos recursos económicos y muy desestructuradas, lo que se traduce en falta de apoyo familiar. Por otra parte, la falta de recursos también influye significativamente en la defensa jurídica. Hay casos en los que el abogado de oficio no conoce la patología del imputado, pasa inadvertida en los juicios rápidos o no se tiene en cuenta como un eximente (Rodríguez, 2016; Asociación Pro Derechos Humanos Andalucía, 2007; Sánchez, 2001).

Una vez dentro de prisión, la mayor parte de estas personas ingresan descompensadas, es decir, sin recibir tratamiento para su enfermedad. Ingresan en el Módulo de Enfermería y supone, para muchos de ellos, la oportunidad de recibir atención psiquiátrica a su problema y el establecimiento de una rutina para la toma de la medicación. No obstante, debido a la falta de estímulos y actividades ocupacionales, al tiempo de encontrarse allí, sufren un deterioro emocional (Rodríguez, 2016).

#### 4.2.2.2. Efectos psicosociales de la vida en prisión en los internos con enfermedad mental

Cuando una persona ingresa en prisión debe abandonar los roles asumidos previamente a su entrada y aceptar nuevas formas de conducta. Este proceso genera altos niveles de estrés en todos los internos a nivel general. Sin embargo, cuando estos cambios son superiores a la capacidad de adaptación del interno, se produce un efecto conocido

Revisión de la literatura sobre atención a personas con problemas de salud mental en centros penitenciarios y el papel del Trabajo Social como prisionalización, denominado así por Clemmer, que hace referencia al proceso por el cual una persona cambia radicalmente su estilo de vida para poder adaptarse a la vida en prisión (Cajamarca, Triana & Jiménez, 2009).

Tal como recogen Cajamarca, Triana & Jiménez (2009), *“la prisionalización hace referencia al cambio en las cogniciones, la salud mental y física, pautas de comportamiento, entre otros factores, que una persona sufre al momento de entrar en prisión”*.

Arroyo y Ortega (2009) mencionan los factores que condicionan el establecimiento de las relaciones personales dentro de prisión, marcadas por la desconfianza y conductas agresivas. El aislamiento social y afectivo, el abuso o extorsiones por parte de otros reclusos, los cacheos, la sumisión a los funcionarios, la falta total de intimidad y la estricta rutina provocan el surgimiento de patologías psíquicas que aparecen dentro de prisión o agravan las que ya estaban presentes (Arroyo & Ortega, 2009; Rodríguez, 2017).

Arroyo y Ortega (2009) recogen los tres niveles que pueden manifestarse debido al efecto de prisionalización. En el primero se producen comportamientos “regresivos, inmaduros, ansiosos e inestables desde el punto de vista afectivo”. Si existe un problema adaptativo se produciría un segundo nivel, marcado por la ansiedad, agresividad y un deterioro afectivo depresivo. Por último, en el tercer nivel es cuando surge un trastorno mental grave.

Además, se producen otras consecuencias a nivel psicosocial, como falta de aspiraciones de futuro, infantilización y falta de responsabilización. Asimismo, también se producen consecuencias físicas como deterioro en la visión, en la audición y en el olfato, agarrotamiento muscular o ausencia de cuidado personal (Rodríguez, 2017).

#### 4.2.2.3. Atención a la salud mental en prisión

Ya en el año 1997 fue denunciada por el Defensor de Pueblo Andaluz la situación en la que se encuentran los internos con enfermedad mental en prisión, afirmando que las Instituciones Penitenciarias no son el lugar adecuado para tratar estas enfermedades.

Revisión de la literatura sobre atención a personas con problemas de salud mental en centros penitenciarios y el papel del Trabajo Social Sin embargo, décadas más tarde continúa existiendo la presencia de personas con enfermedad mental en las prisiones españolas. Muchos internos con trastornos mentales graves pasan largos periodos de tiempo ingresados en los módulos de enfermería, impidiendo su participación en las actividades del centro, y aumentando el riesgo de cronicidad que puede dar lugar a otra forma de institucionalización psiquiátrica (Zabala Baños, 2017; Rodríguez, 2017; Sánchez, 2001).

Esta situación ha sido puesta de manifiesto por varios colectivos y entidades, incluso por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias y por la Unión Europea. Esta última resalta la necesidad de que se aplique la legislación vigente y se utilicen los recursos comunitarios para la atención a la salud mental, con el fin de que las personas con enfermedad mental condenadas cumplan la pena en los recursos especializados para su enfermedad (Zabala Baños, 2017).

No obstante, hay numerosa personas que habiendo sido declaradas exentas, se encuentran cumpliendo una medida de seguridad privativa de libertad en centros penitenciarios ordinarios. En España solamente hay dos hospitales psiquiátricos penitenciarios, uno en Sevilla y otro en Alicante, por lo que las plazas son muy limitadas y las personas que no pueden ingresar en ellos acaban cumpliendo condena en los módulos de enfermería de las prisiones ordinarias (Cerezo & Díaz, 2016; Zabala Baños, 2017; Rodríguez, 2017). Para las mujeres con enfermedad mental la situación se recrudece aún más, en el hospital psiquiátrico de Sevilla no existen plazas para mujeres y en la mayoría de prisiones ordinarias no hay Módulo de enfermería, por lo que deben cumplir la medida de seguridad en los Módulos comunes de los centros penitenciarios (Rodríguez, 2017).

Por el contrario, el ingreso en prisión supone para muchas personas la oportunidad de recibir atención psiquiátrica y farmacológica para su enfermedad mental. Muchos de ellos entran descompensados, por lo que al ingresar en los módulos de enfermería mejoran su situación (Rodríguez, 2017; Sánchez, 2001).

Por consiguiente, son los centros penitenciarios los encargados de la asistencia en materia de enfermedad mental. Se encarga de la detección de patologías, de su tratamiento y de la atención de un médico especializado en psiquiatría. Esta atención

Revisión de la literatura sobre atención a personas con problemas de salud mental en centros penitenciarios y el papel del Trabajo Social especializada varía en función de los convenios de colaboración de las Comunidades Autónomas con las Conserjerías de Sanidad. Carmen Zabala diferencia cuatro modalidades de atención psiquiátrica en los centros penitenciarios del país:

- (a) el médico psiquiatra, pertenece al cuerpo de facultativos de instituciones penitenciarias; (b) el médico psiquiatra es un consultor, contratado por el centro penitenciario; (c) el médico psiquiatra pertenece a la red comunitaria de salud mental y se desplaza al centro penitenciario, según los acuerdos de colaboración; y (4) consultas en los servicios de salud mental de la red comunitaria con custodia por las fuerzas de seguridad del Estado.

Sin embargo, algunos estudios, como el de Arnau-Peiró et al. (2012), que han sido realizados en varios centros penitenciarios en la Comunidad Autónoma de Valencia han evidenciado que, pese al elevado número de consultas psiquiátricas, el seguimiento que se lleva a cabo de los pacientes es escaso e insuficiente.

#### 4.2.2.4. Intervenciones en prisión para personas con enfermedad mental

Debido al elevado número de personas con un trastorno mental en prisión, organismos como la Organización Mundial de la salud, la Organización de Naciones Unidas, la Unión Europea y el Ministerio de Sanidad Español, han realizado algunas indicaciones con el fin de garantizar la calidad, coordinación y continuidad del tratamiento psiquiátrico en la comunidad (Zabala Baños, 2017).

A través de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 se probó que la atención a la enfermedad mental en las instituciones penitenciarias era muy limitada. Por otra parte, se manifiesta una dificultad en la identificación y diagnóstico de personas con una enfermedad mental previamente a su ingreso en prisión y durante el cumplimiento de condena.

En 2009 se publicó el **Protocolo de Aplicación del Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios (PAIEM)**, por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Fue una actualización del Programa Marco para la Atención Integral de Enfermos Mentales. Partiendo de la fundamentación y del enfoque de intervención ya establecido en el Programa Marco, se implementó una nueva

Revisión de la literatura sobre atención a personas con problemas de salud mental en centros penitenciarios y el papel del Trabajo Social metodología de actuación, con el fin de facilitar su implantación en todos los centros penitenciarios.

Los objetivos principales de intervención de este programa son:

- El diagnóstico y tratamiento de todos los internos con enfermedad mental.
- Promoción de la calidad de vida a través del incremento de la autonomía personal y su inserción en el medio penitenciario.
- Favorecer la inclusión en la sociedad y la derivación al recurso comunitario pertinente.

Además, se establecen tres procesos necesarios para la intervención. Por un lado la **atención clínica**, primero se debe realizar un diagnóstico de la enfermedad y establecer el correspondiente tratamiento farmacológico para conseguir la estabilización del interno. Posteriormente se crea el **Programa de Rehabilitación**, que a través del fomento de las capacidades se pretende conseguir un aumento de la autonomía personal y disminución de las discapacidades. Y, por último, la **reinserción social**, se prepara al interno para su salida del centro a través de la coordinación con la red familiar y de atención comunitaria.

El Programa será desarrollado por un equipo multidisciplinar que estará compuesto por el personal sanitario, el educador, el psicólogo y el trabajador social. Y siempre que sea posible también formarán parte de él el jurista, el maestro, el monitor deportivo, el monitor ocupacional, otros profesionales de asociaciones y entidades sociales y los funcionarios de vigilancia que pertenezcan al módulo correspondiente.

Se establecen en el Protocolo de Aplicación del Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios (PAIEM) las funciones del equipo multidisciplinar:

1. Conocer la realidad de la patología mental de los internos incluidos en el PAIEM del centro.
2. Establecer criterios de priorización, inclusión y clasificación por Niveles de Intervención.

Revisión de la literatura sobre atención a personas con problemas de salud mental en centros penitenciarios y el papel del Trabajo Social

3. Realizar la evaluación de habilidades y discapacidades.
4. Definir y ejecutar el tipo de actividades a realizar con estos pacientes, ya sean las propias del centro o diseñar las específicas para ellos.
5. Asesorar y emitir los oportunos informes para la Junta de Tratamiento a los efectos que procedan.
6. Diseñar y ejecutar el Plan de reincorporación social.

Los criterios para entrar en el programa son la presencia de síntomas en la conducta del interno con enfermedad grave estabilizada que dificulte su integración en el centro penitenciario o que presente patología dual, es decir, enfermedad mental y adicción a las drogas.

Para elaborar el Programa Individualizado de Rehabilitación (P.I.R.) se realiza un estudio de todas las características del interno, además del tiempo previsto en el centro, ya que esto determinará los objetivos prioritarios a desarrollar. El estudio que se lleva a cabo tiene el fin de:

- Completar la evaluación de la enfermedad mental.
- Determinar el nivel de intervención (tras evaluar las habilidades y discapacidades del interno).
- Asignación de objetivos y actividades intra y/o extra penitenciarias.
- Asignación de interno de apoyo, si es preciso.
- Asignación de tutor (distribuyendo a los internos que están en el programa entre todos los miembros del equipo).
- Planificación, seguimiento y evaluación de los internos incluidos en el programa.

En el programa se llevan a cabo actividades comunes y específicas. Las actividades comunes son aquellas que se realizan en el propio centro penitenciario y pueden participar todos los internos. Dentro de este grupo, para los internos con enfermedad mental, destacan las actividades de ocio, cultura y tiempo libre, las actividades que reduzcan los efectos negativos del internamiento prologado y las actividades de Terapia Asistida con Animales (TACA) (Zabala Baños, 2017). Mientras que las actividades específicas son aquellas que se desarrollan únicamente para los internos con enfermedad mental y están dedicadas al conocimiento y desarrollo de habilidades para afrontar la enfermedad.

Para la intervención se establecen tres niveles “en función de las características clínicas, de la capacidad de integración y de relación interpersonal”. Para ello se utiliza la Escala



Revisión de la literatura sobre atención a personas con problemas de salud mental en centros penitenciarios y el papel del Trabajo Social de evaluación de habilidades y discapacidades, junto con otras herramientas que los profesionales consideren adecuadas.

- **Nivel 1. Buena respuesta:** el interno no presenta conductas de riesgo, conductas disruptivas y síntomas que dificulten su integración y desarrollo actividades diarias en el centro. En este caso necesita seguimiento y puede llevar vida normal en los módulos.
- **Nivel 2. Respuesta parcial:** Presencia de síntomas que entorpecen su integración y desarrollo actividades diarias en el centro. En este nivel el interno necesita seguimiento, puede llevar vida normal y se valora la asignación de un interno de apoyo.
- **Nivel 3. Mala respuesta:** existen conductas de riesgo, conductas disruptivas y/o presenta síntomas que dificultan su inserción y desarrollo diario. Si presenta alguna de estas características necesita control y se asigna un interno de apoyo.

Estos niveles son flexibles y orientativos, se determinan por el grado de integración de cada interno en relación a su patología. El equipo multidisciplinar evaluará si es preciso realizar un cambios de nivel después de que el paciente ingrese en el módulo de enfermería, dictaminado por el médico.

Además de asignar un interno de apoyo, en función de las necesidades de la persona con enfermedad mental, se asignará a cada participante del Programa un tutor, que será un miembro del equipo multidisciplinar. Gracias a la estrecha relación que se establece con el tutor se produce un incremento de “la autoestima y seguridad del enfermo, reduciendo proporcionalmente su nivel de ansiedad, al percibir que existe una persona concreta de referencia que le escucha y atiende y realiza un seguimiento más cercano de la evolución de su trastorno”. Por tanto, constituye una de las herramientas más importantes para conseguir un cambio positivo en el interno, pudiendo representar una figura mediadora entre la familia y él.

Revisión de la literatura sobre atención a personas con problemas de salud mental en centros penitenciarios y el papel del Trabajo Social

Tras la elaboración del Programa Individualizado de Rehabilitación (P.I.R.) se establece un plan de seguimiento y evaluación periódicos. Asimismo, el equipo multidisciplinar, con el fin de realizar una valoración global, se reunirá al menos una vez al mes y, si fuera necesario, se realizarán más reuniones. La duración del seguimiento se efectúa hasta que la persona sale en libertad.

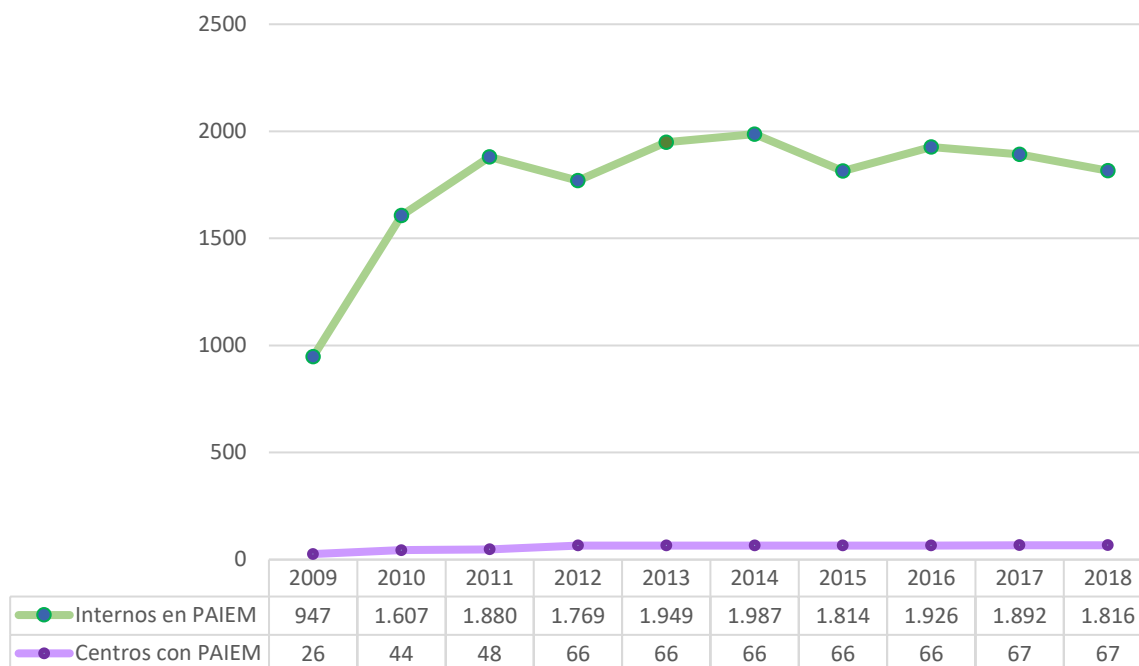
Con el fin de ayudar a la reinserción social del interno y su acceso a los recursos sociosanitarios comunitarios se establece el Plan de Reincorporación Social, cuyos objetivos son:

- Gestionar las posibles prestaciones socioeconómicas 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 sociosanitario comunitario para todos los enfermos mentales que son puestos en libertad.
- Efectuar la derivación a un dispositivo sociosanitario comunitario para el cumplimiento de medida de seguridad.

Los trabajadores sociales del centro penitenciario desarrollarán funciones orientadas a mejorar la red social de apoyo y la coordinación y derivación a los recursos comunitarios pertinentes.

Desde que se implantó el programa en 2009 hasta 2018, siendo este el último dato que se conoce, el número de internos que han participado ha aumentado en 869. Inicialmente el programa se estableció en 26 centros y atendió a 947 internos. Mientras que en 2018 estaba ya implantado en 67 centros, con 1.816 internos participando en él (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2018). El gráfico 2 muestra la evolución del Programa desde su inicio.

**Gráfico 3. Internos en PAIEM y centros penitenciarios según años.**



Fuente: Adaptado de Informe General de Instituciones Penitenciarias, 2018.

En el año 2012 la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias establece el **Programa de Unidades Puente**. A través de una intervención psicosocial con personas con enfermedad mental que se encuentran cumpliendo condena en la modalidad de régimen abierto y libertad condicional se pretende optimizar su proceso de reinserción en la sociedad. Es una continuidad del Programa de Atención Integral a la enfermedad mental y se lleva a cabo en los Centros de Inserción Social.

El Programa consta de tres fases:

**1. Fase de declaración voluntaria de problemas de salud:**

Mediante la declaración voluntaria de problemas de salud se accede a una entrevista de cribado de trastorno mental grave para evaluar y actualizar su situación. Esta declaración se puede realizar en el momento en el que una persona que ha sido condenada a una pena o medida alternativa a la privación de libertad acude al Servicio de Gestión de Penas y Medidas Alternativas para comenzar la ejecución de la pena. Por otra parte, también puede realizarse en el momento en el que, habiendo iniciado el

Revisión de la literatura sobre atención a personas con problemas de salud mental en centros penitenciarios y el papel del Trabajo Social cumplimiento de la pena o medida alternativa, se encuentren indicios de problemas de salud mental.

## **2. Taller de Evaluación Inicial (TAEVI):**

Una vez firmada la declaración voluntaria de problemas de salud, el Servicio de Gestión de Penas y Medidas Alternativas pone en marcha el Taller de Evaluación Inicial, que puede equivaler a un máximo de sesenta días de trabajos en beneficio de la comunidad. El Taller también se utilizará para crear un plan de intervención en caso de las medidas derivadas de la suspensión de la ejecución de una pena.

Dentro de esta segunda fase, primero se realiza la entrevista de cribado de trastorno mental grave. Se efectúa en los centros penitenciarios, en la red sanitaria pública o en una entidad colaboradora. Tal y como establece el Programa Puente Extendido, el objetivo de la entrevista es:

Actualizar y evaluar los problemas de salud que presenta la persona para: Conocer datos que hagan sospechar la presencia de un TMG. Adaptar el cumplimiento de la PMA a su situación de salud. Facilitar el enganche del paciente con los dispositivos sociales y sanitarios.

Si es necesario ampliar la información para la detección de un trastorno mental grave, el profesional que ha realizado la entrevista puede solicitar a la persona el comienzo del módulo de actividades complementarias para continuar los procesos de evaluación.

Una vez detectada la enfermedad mental, inicia el Módulo Corto para Evaluación y Planificación de Intervención (COEPI). Además de la evaluación psicosocial y el plan de intervención se lleva a cabo un acompañamiento para la coordinación con los recursos sociosanitarios correspondientes. El Módulo lo ejecuta una entidad externa que colabora con Instituciones Penitenciarias acreditada por la Comunidad Autónoma como Centro de Rehabilitación Psicosocial.

Una vez completada la evaluación inicial, finaliza el TAEVI, con las propuestas de ejecución de la pena o medida alternativas. El cómputo del Taller es el siguiente:

Revisión de la literatura sobre atención a personas con problemas de salud mental en centros penitenciarios y el papel del Trabajo Social

- **Para la pena de trabajos en beneficio de la comunidad:** equivale a sesenta horas máximo y se tienen en cuenta todas las actividades llevadas a cabo, incluyendo cuándo se realizan, dónde y el esfuerzo necesitado. Si la duración de un máximo de sesenta horas no es suficiente para el cumplimiento de la pena completa, se iniciaría un nuevo plan de ejecución, descontando las jornadas de trabajos en beneficio de la comunidad ya realizadas.
  
- **Para reglas de conducta:** el Programa de Unidades Puente establece que “las actividades del TAEVI podrán considerarse parte del programa, una vez se reciba autorización judicial del plan de intervención con la propuesta de modificación de obligaciones”.

### **3. El Programa de Duración Media para Evaluación e Intervención (MEI)**

Esta fase está dirigida a las personas que han realizado el Taller de Evaluación inicial pero no ha sido suficiente para el cumplimiento completo de la pena o medida de seguridad. Consiste en un conjunto de Programa Asistenciales planificados en el Módulo COEPI y su duración se establece en base a la duración de la pena impuesta. Tal y como se recoge en el Programa Puente Extendido, existen cuatro modelos de intervención en base a la duración del programa:

- **MEI 2:**
  - Duración de la intervención: 2 - 4 meses; Número de horas: 20-40.
  - Equivalencia jornadas TBC: 61 – 120.
  
- **MEI 4:**
  - Duración de la intervención: >4 - 6 meses; Número de horas: 41-80.
  - Equivalencia jornadas TBC: 121 – 200.
  
- **MEI 6:**
  - Duración de la intervención: >6 - 12 meses; Número de horas: 81-160.
  - Equivalencia jornadas TBC: >200.
  - Utilizar para modificación de obligaciones aprobadas por la autoridad judicial.
  
- **MEI CORTO:**
  - Para penas TBC <60 jornadas que se cumplan consecutivamente (en un

Revisión de la literatura sobre atención a personas con problemas de salud mental en centros penitenciarios y el papel del Trabajo Social

- plazo inferior a 3 meses) a otra pena >60 jornadas ya cumplida a través del MEI.
- Número de horas: hasta 20; Duración: 15 días - 2 meses.

El Programa de Duración Media para Evaluación e Intervención (MEI) finaliza cuando se hayan cumplido todos los objetivos fijados dentro del plazo asignado o existe algún supuesto de exclusión.

### **4.3. El papel del Trabajo Social**

#### *4.3.1. El Trabajo Social en salud mental*

La salud mental se encuentra estrechamente relacionada con las condiciones de vida de una persona, con su situación afectiva, emocional, intelectual y laboral, así como con su capacidad para integrarse social y culturalmente (Garcés Trullenque, 2010). La enfermedad mental surge a partir de la unión de diversos factores, tanto personales como ambientales, teniendo el factor social un gran peso en el desarrollo y evolución de la enfermedad (Hernández Martín, 2013). En la tabla 1 se muestran los factores sociales que afectan a la enfermedad mental.

**Tabla 1. Aspectos sociales que afectan a la evolución de las enfermedades mentales.**

<b>Factores protectores</b>	<b>Factores de riesgo</b>
Ambientes previsibles y con un nivel de demanda adecuado a las capacidades de la persona	Ambientes imprevisibles o muy demandantes
Ambientes con una emocionalidad moderada	Ambientes con mucha carga emocional
Ambientes que potencian la autonomía	Ambientes sobreprotectores
Normas de comportamiento consistentes y claramente delimitadas	Normas de comportamiento difusas, ambiguas o cambiantes
Nivel de actividad moderado	Actividad excesiva o muy escasa
Dieta equilibrada	Abuso de alcohol y otras drogas
Ejercicio físico moderado	Inactividad
Recuperación progresiva del contacto social	Aislamiento social
Ser considerado una persona con múltiples facetas	Ser considerado un enfermo
Establecer un proyecto vital viable	Establecer metas demasiado elevadas o ausencia de un proyecto vital

Fuente: Adaptado del artículo El Trabajo Social en la intervención psicosocial con personas con trastorno mental severo: una reflexión sobre el papel de las familias, 2013.

El trabajador social desarrolla su intervención a lo largo de todo el proceso terapéutico, por tanto, en función del momento en el que se encuentre, combinará una metodología psicoterapéutica con otras intervenciones sociales, de acuerdo con la población con la que está trabajando (Garcés Trullenque, 2010). Asimismo, esta autora afirma que la consecución del cambio en Trabajo Social Clínico se produce a través de tres fundamentos principales: de las relaciones sociales, de la situación social y de las relaciones con el entorno más cercano.

En cuanto a las funciones del trabajador social en este ámbito, existe una diferencia en el desarrollo de la profesión entre un profesional que trabaja en psiquiatría hospitalaria y otro que trabaja en psiquiatría comunitaria. Sin embargo, Garcés Trullenque (2010) recoge las funciones básicas que se llevan a cabo:

- Atención directa: se trabaja con los recursos del propio usuario y su familia.
  - Estudio de la situación y detección de necesidades tanto individuales como familiares.
  - Valoración social.

- Diagnóstico social.
  - Organización de la intervención, en el que se desarrollan acciones de acompañamiento, entrevistas con el usuario, información y orientación, seguimiento y evaluación, visitas domiciliarias, apoyo y contención de la familia y coordinación y derivación a otros recursos.
  - Reuniones con el resto del equipo profesional para la creación de un plan de intervención.
- 
- Promoción e inserción social: se trabaja para la integración en el medio sociofamiliar del usuario mediante los recursos de la comunidad, básicos y específicos, y la creación de grupos y asociaciones de apoyo a los usuarios y a familiares.
  - Coordinación: conocer los recursos comunitarios e informar a los usuarios y su familia, además de al resto del equipo profesional, para incorporarlos al plan de intervención y garantizar la integración en la sociedad y la continuidad de cuidados.

Por último, esta misma autora resalta la necesidad de que la profesión avance en el campo de la salud mental hacia la especialización. A través de la sistematización de la práctica de los trabajadores sociales es preciso crear un marco de actuación que recoja los elementos básicos de la práctica profesional: un marco normativo, un marco propio de referencia y las habilidades sociales para gestionar las relaciones con el usuario. Por otra parte, es necesario llevar a cabo una formación continuada basada en el aprendizaje de la propia experiencia y la autocrítica.

#### *4.3.2. El Trabajo Social en los centros penitenciarios.*

Podemos definir a los servicios sociales como “el conjunto de servicios y prestaciones para la prevención, atención o cobertura de las necesidades individuales y sociales básicas de las personas con el fin de lograr o aumentar su bienestar social”, tal y como



Revisión de la literatura sobre atención a personas con problemas de salud mental en centros penitenciarios y el papel del Trabajo Social se establece en la Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de servicios sociales de Castilla y León. Los Servicios Sociales están descentralizados, es decir, las competencias en materia de Servicios Sociales pertenecen a las Comunidades Autónomas. A su vez, a través de la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local se establece que “El Estado y las Comunidades Autónomas, en el ejercicio de sus respectivas competencias, podrán delegar en los Municipios el ejercicio de sus competencias”. Por tanto, se atribuyen a los Municipios las competencias para la provisión de prestaciones sociales.

En la mayoría de comunidades autónomas los Servicios Sociales se estructuran en:

- **Servicios Sociales Generales:** constituyen los servicios sociales de primer nivel. Están dirigidos a la atención de necesidades generales y los servicios que se prestan, tomando de referencia la Ley de Servicios Sociales de Castilla y León, son: servicios de información, orientación, detección de necesidades y diagnóstico, seguimiento de caso, derivación a otros recursos, etc.
- **Servicios Sociales Específicos:** pertenecen a los Servicios Sociales de segundo nivel y están orientados a la respuesta de necesidades específicas. Normalmente los usuarios llegan a estos servicios a través de la derivación de los servicios de atención primaria.

El trabajo social penitenciario se encuentra dentro los Servicios Sociales Específicos, y cuyo objetivo principal es “incidir de manera prioritaria en los vínculos sociales y redes de apoyo que la persona tiene en el exterior, así como su desarrollo social en el interior del centro penitenciario” (Sánchez & Filardo, 2019). Tal como se establece en el Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario, el objetivo de la acción social penitenciaria es abordar las incidencias que puedan surgir a los internos y a sus familiares con motivo de su ingreso en prisión y favorecer al desarrollo integral de estos durante su estancia en prisión.

Asimismo, en el artículo 228 del Reglamento Penitenciario se 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.

En el artículo 229 del mismo se establece 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.

En el artículo 2 del Reglamento Penitenciario se establece que:

La actividad penitenciaria tiene como fin primordial la reeducación y reinserción social de los sentenciados a penas y medidas de seguridad privativas de libertad, así como la retención y custodia de los detenidos, presos y penados y la asistencia social de los internos, liberados y de sus familiares.

Siendo ese el objetivo final del trabajo social penitenciario y entorno al cual van a girar todas las actuaciones que lleven a cabo los trabajadores sociales de los centros penitenciarios con los internos. Los trabajadores sociales forman parte del Equipo Técnico que pertenece a la Junta de Tratamiento, desarrollado en los artículos 272 y 274 del Reglamento Penitenciario. La actuación del trabajador social comienza cuando una persona ingresa en el Centro Penitenciario. Cuando un detenido o preso ingresa en el Centro es alojado en el departamento de ingresos, allí será examinado por un médico y entrevistado por el trabajador y el educador sociales. Posteriormente, la Junta de Tratamiento con los informes obtenidos por los profesionales que componen el Equipo Técnico realizará una propuesta grado de clasificación, así como del programa

Revisión de la literatura sobre atención a personas con problemas de salud mental en centros penitenciarios y el papel del Trabajo Social individualizado de tratamiento (artículo 20 del Reglamento Penitenciario). Además, la Junta de Tratamiento se encarga de la ejecución del tratamiento penitenciario, es decir, de todas las actividades que están dirigidas a la reeducación y reinserción social, recogido en el artículo 59 de la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria.

Sánchez y Filardo (2019) desarrollan la metodología que siguen los trabajadores sociales a la hora de intervenir en los Centros Penitenciarios. Primero realizan un **estudio completo de la situación**, a través de entrevistas con el interno, recogiendo toda la información obtenida en el informe, historia y ficha social, además de en el registro de intervenciones. Los ámbitos que se estudian son los siguientes:

- **Ámbito familiar:** se realiza un estudio completo de la familia, incidiendo en la estructura y redes familiares, su situación social, el núcleo de convivencia, los sucesos más significativos, la calidad de las relaciones emocionales, hechos que podrían haber afectado a su proceso de socialización y si se ha producido un deterioro en las relaciones familiares debido a la comisión del delito y la condena del mismo. Además se realiza un estudio de la acogida para la valoración de los permisos y de la libertad condicional.

El ingreso en prisión de una persona conlleva consecuencias significativas para su familia, García Borés (2006, citado en Sánchez & Filardo, 2019) afirma que:

Las repercusiones familiares del encarcelamiento implica un extenso conjunto de problemas de orden jurídico – penitenciario (dificultades que encuentran los familiares en relación a su contacto con la cárcel), económico – laboral (empeoramiento de la economía familiar que habitualmente implica el encarcelamiento, sanitario, psicológico (repercusión psicológica de la familia respecto del internamiento de uno de sus miembros) y sociofamiliar (incluye desde la ruptura de la unidad familiar o modificaciones de su estructura hasta las alteraciones de la vida cotidiana y las dificultades para dar apoyo al familiar encarcelad@, así como también las reacciones adversas por parte del entorno social de las familias.

- **Ámbito social:** se mide la red de apoyo tanto dentro del Centro Penitenciario, las redes de relación, como fuera de este, entidades externas al Centro, con la que cuenta el interno.

- **Ámbito habitacional:** en él se estudian todos los datos relacionados con la vivienda, dónde se encuentra, la condiciones de habitabilidad, el tipo de vínculo que mantiene con los demás residentes de esta y su participación en la reinserción del interno.
- **Ámbito formativo – laboral:** en este ámbito se recaban datos sobre la escolarización, nivel formativo y experiencia laboral del interno, además se buscan ofertas laborales que puedan ser adecuadas para él.
- **Ámbito económico:** se analiza la situación económica tanto del interno como de su núcleo de convivencia, además de la relación que pueda tener esta situación con la comisión de un nuevo delito.
- **Ámbito sanitario:** se repasa la existencia de alguna enfermedad significativa y su tratamiento, así como sus hábitos en cuanto al consumo de alcohol, drogas o ludopatía y si ha participado en algún programa de deshabituación. Además se revisa la existencia de discapacidad y/o dependencia y si se han llevado los trámites correspondientes.

Tras realizar el estudio de todos estos aspectos se realiza un **diagnóstico** de su situación estructural y personal. En esta fase se analizan los datos previamente recogidos y se valoran las necesidades y problemas del interno con el objetivo de establecer un plan de intervención que guíe la actuación sobre las carencias encontradas. Moix Martínez (2006, citado en Sánchez & Filardo, 2019) define el diagnóstico como:

La determinación de los problemas a los que realmente se enfrenta el/la usuario/a. Su propósito no es otro que la mejor comprensión de la situación y de los problemas en su verdadera naturaleza, a fin de poder acometer un plan de acción para prestar ayuda.

El encargado de realizar el **Plan Individualizado de Tratamiento (P.I.T.)** o el **Informe Pronóstico de Inserción Social (I.P.I.S.)** es el Equipo Técnico que compone la Junta de Tratamiento, al que pertenece el trabajador social. Dentro de este, el trabajador social intervendrá en cuatro niveles:

- **Nivel individual:** en el que trabajan aspectos relacionados con la promoción y crecimiento personal del interno, dedicados al cumplimiento del tratamiento y a la superación de los aspectos que influyeron en la conducta criminal.
- **Nivel familiar:** dedicado a mejorar los lazos familiares y fomentar una mayor relación y comunicación interfamiliar, entendiéndose que supone un apoyo fundamental para la reinserción del interno.
- **Nivel grupal:** a través de la participación en los programas específicos de tratamiento se pretende incidir en los factores psicosociales relacionados con la comisión del delito. Asimismo, se persigue dotar al interno de hábitos que favorezcan su autonomía personal e inclusión en el medio social.
- **Nivel comunitario:** se refiere a la coordinación con distintas instituciones externas al Centro Penitenciario, así como con entidades del tercer sector que llevan a cabo programas dentro de la Institución Penitenciaria.

Una vez diseñado el Programa de Tratamiento Individualizado (P.I.T.) se procede a la ejecución del mismo. Para ello, Sánchez & Filardo (2019) afirman que la intervención debe ser “realista – que tenga en cuenta los objetivos, medios y obstáculos – flexible – adaptando la actuación a la situación sin perder de vista los objetivos – operativa, creativa y participativa”.

Revisión de la literatura sobre atención a personas con problemas de salud mental en centros penitenciarios y el papel del Trabajo Social

A lo largo de todo el tratamiento se realizarán **evaluaciones** periódicas, además de evaluaciones puntuales en el caso de que se produzca alguna incidencia que requiera su revisión. Estas evaluación ayudarán a observar los avances o retrocesos en el desarrollo tanto del Plan Individualizado de Tratamiento (P.I.T.), como del Informe Pronóstico de Inserción Social (I.P.I.S.).

## 5. COCLUSIONES

Tras haber realizado un análisis de la literatura existente sobre la atención a la enfermedad mental, la estigmatización de la misma y la situación de los internos con enfermedad mental, además del papel del trabajo social con este colectivo, he llegado a las siguientes conclusiones:

- I. La estigmatización de la enfermedad mental ha ocurrido siempre y se ha relacionado sistemáticamente con la pobreza y la delincuencia. Las personas con un trastorno mental han sido excluidas de la sociedad y recluidas en psiquiátricos, donde se encontraban en pésimas condiciones durante mucho tiempo e incluso eran retenidos allí de forma permanente. El internamiento en estos hospitales ha sido prácticamente el único recurso para atender a estas personas y, aunque con la Reforma Psiquiátrica se intentó integrar a este colectivo en la comunidad, la realidad es que los servicios existentes no se reforzaron lo suficiente.

El avance en la medicina psiquiátrica ha permitido que las condiciones de vida de estas personas mejoren considerablemente, pudiendo recibir un tratamiento farmacológico que estabilice la enfermedad. Sin embargo, este no es el único factor que afecta a la calidad de vida de una persona. La situación económica, el nivel cultural y el entorno social y familiar son variables determinantes en la vida de una persona.

Pero, desgraciadamente, como he dicho anteriormente, los recursos para atender a estas personas no se han reforzado correctamente. Son limitados y se encuentran en gran medida saturados. Las consultas psiquiátricas son escasas y pasa demasiado tiempo entre una y otra, con una fuerte tendencia a la mediación. Esta saturación de los servicios provoca que personas con escasos recursos económicos no puedan acceder a un tratamiento de calidad para su enfermedad.

Esto se traduce en una gran desigualdad entre la población que no tiene recursos suficientes para poder costearse un tratamiento privado que permita realizar un

seguimiento y adecuación de la medicación correctos y la población que tiene un alto nivel económico.

Tal y como he mencionado durante el presente trabajo, el entorno social y familiar también son muy importantes. La falta de recursos da lugar a que sea la familia la encargada de atender la enfermedad mental, pero si a esto le unimos un bajo nivel cultural, el desconocimiento de la sintomatología, el consumo de drogas y una estructura familiar disfuncional, las oportunidades de poder recibir atención y tratamiento son muy reducidas.

- II. A pesar de que se ha producido un rápido avance social en las últimas décadas y que se ha conseguido dar visibilidad a distintos problemas sociales tales como la violencia de género, la homofobia o el racismo, hay colectivos que siguen estando muy invisibilizados a día de hoy. Las personas con enfermedad mental es uno de ellos, que además sufren una fuerte estigmatización y están sujetos a muchos prejuicios por parte de la sociedad. Actualmente se sigue relacionando enfermedad mental con violencia y delincuencia.

A la perpetuación de esta concepción de la enfermedad contribuyen los medios de comunicación, que se encargan de resaltar la patología que padece una persona con trastorno mental cuando comete un delito, y atribuyen a este hecho su enfermedad. Esta asociación junto con el desconocimiento general provoca miedo en la población y necesidad de guardar distancia, afectando a la posibilidad de acceder a servicios básicos como una vivienda o un trabajo e incluso a la relaciones sociales. También afecta a la autoestima y a la hora de buscar tratamiento.

- III. Finalmente, cuando una persona con una enfermedad mental comete un delito, el Código Penal establece que el trastorno mental puede constituir un eximente (artículo 20 del Código Penal) o un atenuante (artículo 21 del Código Penal). Estas personas en caso de haber sido declarada exenta de responsabilidad, no es condenada a una pena de prisión, sin embargo, si puede ser condenada a una media de seguridad. Hay dos tipos de medidas de seguridad, las medidas privativas de libertad y las medidas no privativas de libertad.



Para las personas con un trastorno mental que han sido condenadas a una medida privativa de libertad se establece el internamiento en centro psiquiátrico o en una unidad psiquiátrica. Sin embargo, los recursos de atención a la enfermedad mental en el medio penitenciario también son escasos.

En vez de cumplir la medida de seguridad en los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, muchas personas son internadas en centros penitenciarios ordinarios por la falta de plazas suficientes en dichos hospitales psiquiátricos. Como he mencionado anteriormente, la medida también se puede cumplir en una unidad psiquiátrica de una prisión, entonces no habría por qué haber problema. Sin embargo, este reside en que no todos los centros penitenciarios están preparados con una unidad psiquiátrica, lo que quiere decir que estas personas acaban ingresadas en la unidad de enfermería durante largas estancias, no estando estas previstas para ello.

Aunque se ha demostrado que en un inicio con el tratamiento farmacológico proporcionado su situación mejora, la realidad es que al tiempo de encontrarse allí sufren un grave deterioro cognitivo. Por otro lado, el proceso de adaptación que tienen que llevar los internos en prisión es muy duro, pudiendo afectar gravemente a la salud mental de todos los internos, pero especialmente a los que tienen un trastorno mental.

Como hemos visto, pese al elevado porcentaje de enfermedad mental, el sistema penitenciario y especialmente los centros penitenciarios no están suficientemente preparados para este grupo de población. En algunas prisiones ni siquiera hay especialista en psiquiatría y las visitas que reciben por parte de alguno son escasas e insuficientes.

Hasta el año 2009 que se creó el Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios ni siquiera existía un programa específico para atender esta problemática.

El Programa de Unidades Puente se creó posteriormente como recurso externo para los internos que salen de prisión o para las condenas de medida de seguridad para la realización de trabajos en beneficio de la comunidad. Sin

embargo, la realidad es que muchas, por no decir la mayoría, de las personas con enfermedad mental en prisión, debido a la falta de recursos, se encuentran con el fenómeno de puerta giratoria, entrando y saliendo continuamente del sistema penitenciario.

- IV. El papel del Trabajo Social en esta problemática es sumamente importante tanto en los servicios sociales básicos como especializados. Una de las funciones más importantes de la intervención es la coordinación con el resto de profesionales y recursos. Por tanto, una de las claves para que la intervención sea exitosa es la existencia de recursos que den respuesta a las necesidades de los usuarios. Por otra parte, el trabajo social no se limita solamente a la gestión de prestaciones y recursos, trabaja también sobre las habilidades y capacidades de las personas con el fin de aumentar su autonomía, fortalecer los vínculos sociales y favorecer la integración en el entorno.

La importancia del Trabajo Social con este colectivo reside en la necesidad de intervención en tres momentos fundamentales, antes, durante y tras la salida de la persona de prisión.

La profesión debe avanzar y evolucionar al ritmo que lo hace la sociedad para poder adaptarse y responder a sus necesidades. Como he mencionado anteriormente, los trastornos mentales a día de hoy continúan estando muy invisibilizados y es algo que sufre una gran parte de la población cada vez mayor. Resaltando la necesidad de una especialización de los trabajadores sociales en este campo y una dotación de las herramientas necesarias para favorecer la integración de las personas con trastornos mentales en el medio social, con el fin de evitar la comisión del delito o la reincidencia del mismo.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5* (5th ed.). American Psychiatric Association.
- Arnaiz, A. & Uriarte, J. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de Salud Mental*, ISSN-e 1578-4940, Vol. 6, N.º. 26, 2006, 6(26), 5. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830167>
- Arnau-Peiró, F, García-Guerrero, J, Herrero-Matías, A, Castellano-Cervera, J , Vera-Remartínez, E, Jorge-Vidal, V, Arques-Egea, S & Iranzo-Tatay, C. (2012). Descripción de la consulta psiquiátrica en centros penitenciarios de la Comunidad Valenciana. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 14, 50–61.
- Arroyo, J. M., & Ortega, E. (2009). Los trastornos de personalidad en reclusos como factor de distorsión del clima social de la prisión. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 11, 11–15.
- Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía. (2007). *Enfermos mentales en las prisiones ordinarias: un fracaso de la sociedad del bienestar*.
- AVIFES. (s.f). *Enfermedad mental*. AVIFES. <https://avifes.org/enfermedad-mental/>
- Aztarain. J. (s.f). *La asistencia psiquiátrica en España en los siglos xviii y xix*. [http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/75A3F123-4396-4BDF-B487-299EF1C5EC36/146774/xviii\\_xix.pdf](http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/75A3F123-4396-4BDF-B487-299EF1C5EC36/146774/xviii_xix.pdf)
- Balanza, P. (2008). *Algunas consideraciones sobre la situación actual de la reforma psiquiátrica en España 1*.
- Bascón Díaz, M. J. & Vargas Girón, V. (2016). Salud mental en reclusos. Un análisis pre-post intervención psicosocial con grupo control de comparación. *Anales de Psicología*, 32(2), 374–382. <https://doi.org/10.6018/analesps.32.2.217301>
- Bautista-Aguilar, N., Mora-Ríos, J., Natera-Rey, G., & Ortega-Ortega, M. (2009). Estigma público y enfermedad mental . Una aproximación desde la teoría de las representaciones sociales. *Salud Mental*, 45–80. <https://www.fundacion-salto.org/wp-content/uploads/2018/10/Estigma-publico-y-enfermedad-mental.pdf>
- Castellano-cervera, J. C., Vera-remartínez, E. J., Castellón, D. C. P., Castellón, C. P., Valencia, C. P., & Valencia, C. P. (2012). *Descripción de la consulta psiquiátrica en centros penitenciarios de la Comunidad Valenciana*. 50–61.

- Revisión de la literatura sobre atención a personas con problemas de salud mental en centros penitenciarios y el papel del Trabajo Social
- Cerezo, A. & Díaz, D. (2016). *El enfermo mental en el medio penitenciario español*. 10(2016), 1–24.
- Esviat, M. D. (2010). *Los avatares de una ilusión : la reforma psiquiátrica en España*. 23, 253–263.
- Federación de Salud Mental. (2020). Salud mental. Federación de Salud mental de Castilla y León. <https://saludmentalcyl.org/salud-mental/>
- Garcés Trullenque, E. M. (2010). *El Trabajo Social en salud mental*. Cuadernos de Trabajo Social 23, 333–352.
- Grupo PRECA. (2011). Informe prevalencia de trastornos mentales en centros penitenciarios españoles (Estudio PRECA). In *Criminal Behaviour and Mental Health* (pp. 1–16). <https://consaludmental.org/publicaciones/EstudioPRECA.pdf>
- Hava, E. (s.f). *Apuntes de Teoría General del Derecho*. Universidad de Cádiz.
- Hernández Martín, B. (2013). El Trabajo Social en intervención psicosocial con personas con Trastorno Mental Severo : Una reflexión sobre el papel de las familias. *Documentos de Trabajo Social*, 52, 314–325.
- Iñigo, C., Pérez - Cárceles, M<sup>o</sup>. D., Osuna, E., Cabrero, E. & Luna, A. (1999). *Perfil clínico y delictivo de los enfermos ingresados en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante*. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. 1 (2).
- Jori, G. (2012). *Salud pública e higiene urbana en España durante el siglo XVIII. Una perspectiva geográfica*. Universidad de Barcelona. [http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/42014/3/JORI\\_TESIS.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/42014/3/JORI_TESIS.pdf)
- Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León. Boletín Oficial del Estado, núm 7, de 8 de enero de 2011, pp. 1756 a 1803. <https://www.boe.es/eli/es-cl/l/2010/12/20/16>
- Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local. Boletín Oficial del Estado, núm 80, de 03 de abril de 1985. <https://www.boe.es/eli/es/l/1985/04/02/7/con>
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado, núm 281, de 24 de noviembre de 1995. <https://www.boe.es/eli/es/lo/1995/11/23/10/con>

Revisión de la literatura sobre atención a personas con problemas de salud mental en centros penitenciarios y el papel del Trabajo Social

Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, M., & Guillén, A. I. (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Editorial Complutense.

Ministerio de Sanidad Servicios sociales e igualdad. (2018). *Clasificación Internacional de Enfermedades. 10ª Revisión. Modificación Clínica. CIE-10-ES. Tomo I: Diagnósticos*.

[https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/CIE10ES\\_2018\\_diag\\_pdf\\_20180202.pdf](https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/CIE10ES_2018_diag_pdf_20180202.pdf)

López Martínez, M. P. (2015). *Internados Psiquiátricos por Razón Penal: Análisis Clínico y Forense de los Patrones de Respuesta* (p. 438)

Orats, F. I., & Valencia, D. E. (2008). *La fundación en Valencia del primer hospital psiquiátrico del mundo \**. 36(1), 1–9.

OMS. (s.f). *Mental Health*. Organización Mundial de la Salud. [https://www.who.int/topics/mental\\_health/es/](https://www.who.int/topics/mental_health/es/)

Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. Boletín Oficial del Estado, núm 40, de 15 de febrero de 1996, páginas 5380 a 5435. <https://www.boe.es/eli/es/rd/1996/02/09/190>

Rodríguez, F. J. M., Rey, U., & Carlos, J. (n.d.). *El enfermo mental. historia y cuidados desde la época medieval*. 29–35.

Roldán Barbero, H. (2019). *¿Adónde van los enfermos mentales que cometen delito?* 5, 1–21.

Rubio Arribas, F. (2006). El consumo de drogas como un desencadenante más en el origen de la enfermedad mental. *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 13(1), 319–323. <https://doi.org/10.5209/NOMA.27863>

Ruiz Arias, S. (s.f). *Situación de las personas con enfermedad mental sujetas a medida de seguridad privativa de libertad*.

Sánchez Burson, J. M. (2001). Los pacientes mentales en prisión. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXI(78), 139–153. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352001000200009>

Sarmiento, J. E. C., Barrios, J. J. T., & Jiménez, W. A. J. (2015). Los efectos de

Revisión de la literatura sobre atención a personas con problemas de salud mental en centros penitenciarios y el papel del Trabajo Social

Prisionalización y su relación con el Trastorno Adaptativo. *Enfoques*, 1(2), 54.

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (s.f). *Hospitales Psiquiátricos dependientes de la Administración Penitenciaria* (p. 40).

Secretaría General de instituciones penitenciarias. (2018). *Informe General 2018*. <http://www.interior.gob.es/web/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/publicaciones-periodicas-anuarios-y-revistas/informe-general-de-instituciones-penitenciarias>.

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2009). *Protocolo de Aplicación del Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios (PAIEM)* (p. 23).

Sánchez, M. & Filardo, C. (2019). *El Trabajo Social Penitenciario : un acercamiento teórico a la praxis de los trabajadores sociales en los centros penitenciarios españoles*. 157–172.

Zabala Baños, C. (2017). *Prevalencia de trastornos mentales en prisión: Análisis de la relación con delitos y reincidencia* (p. 328). Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado.