



TRABAJO FIN DE GRADO EN TRABAJO SOCIAL

**“SALUD MENTAL Y SISTEMA PENITENCIARIO
DESDE LA PERSPECTIVA DEL TRABAJO SOCIAL.
UNA MIRADA DEL CASO ESPAÑOL”**

Autor/a:

D./D^a Nerea López Rodríguez.

Tutor/a:

D./D^a María Elena Nogueira Joaquin.

FACULTAD DE EDUCACIÓN Y TRABAJO SOCIAL

UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

CURSO 2020- 2021

FECHA DE ENTREGA: 25 de Junio de 2021

ÍNDICE.

1. Resumen	4
2. Introducción	5
3. Justificación	6
4. Objetivos	7
5. Metodología	8
6. Marco conceptual	10
6.1 El concepto de Salud Mental	10
6.2 El Sistema Penitenciario	12
7. Sistema penitenciario español	18
7.1 Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios	25
8. Discusión: Las condiciones actuales de los Sistemas Penitenciarios y el rol del Trabajador Social	26
8.1 Análisis del problema	26
8.2 Papel del trabajo social en prisión	28
9. Conclusiones	31
10. Referencias Bibliográficas	33
11. Anexos	36
- Anexo 1. Programa de atención a enfermos mentales (PAIEM)	36
- Anexo 2. Guión De Las Entrevistas PAIEM	37
- Anexo 3. Entrevista al trabajador social de La Moraleja, Dueñas	43

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS.

1. Tabla 1. La Evolución De Los Sistemas Penitenciarios.	16
2. Tabla 2. Patologías Que Presentan Los Presos Dentro Del Programa De Atención Integral A Enfermos Mentales.	22
3. Tabla 3. Actividades Rehabilitadoras.	23
4. Figura 1. Historia Derecho Penitenciario.	13
5. Figura 2. Funcionamiento PAIEM.	21

1. Resumen

En la actualidad los problemas de salud mental han aumentado considerablemente en la sociedad, lo que ocasiona que no haya los suficientes recursos para atender a las personas que los tienen, tanto en nuestro entorno, como dentro de las instituciones penitenciarias.

El objetivo principal de este Trabajo Fin de Grado es conocer el nexo entre personas con enfermedad mental e instituciones penitenciarias. Y más concretamente conocer las necesidades que no se cubren dentro de ellas, los problemas que esto conlleva y el rol del trabajador social dentro de estos centros.

La metodología que se ha utilizado a lo largo de este trabajo está fundamentada en la indagación, recogida, y análisis de datos bibliográficos.

La labor del Trabajo Social dentro de prisión es esencial. Son los profesionales de esta rama quienes luchan por conseguir una mejora de calidad de vida de los/as reclusos/as y sus respectivas familias.

Este trabajo muestra que la falta de profesionales y medios dentro de las instituciones penitenciarias, complica la detección, tratamiento y estabilidad de las personas con enfermedad mental, ocasionando una mala reinserción y provocando la reincidencia de delitos.

Palabras Clave: personas con enfermedad mental, Trabajo Social, Instituciones penitenciarias, reclusos/as, sistema penitenciario.

Abstract

Nowadays, mental health problems have increased considerably in society, which means that there are not enough resources to attend people with mental health problems, both, in our environment or in penitentiary institutions.

The main objective of this Final Degree Project is to know the link between people with mental illness and penitentiary institutions. And more specifically to know the needs that are not covered within them, the problems that this entails and the role of the social worker within these centers.

The methodology used throughout this work is based on research, collection and analysis of bibliographic data.

The work of social work in prisons is essential. Since it is the professionals of this branch who fight to achieve an improvement in the quality of life of the inmates and their families.

This work shows that the lack of professionals and resources within penitentiary institutions complicates the detection, treatment and stability of people with mental illness, causing poor reintegration and provoking recidivism of crimes.

Key words: people with mental illness, Social Work, penitentiary institutions, inmates, prison system.

2. Introducción

Hoy en día ha habido un incremento de personas que tienen una enfermedad mental, y no se han aumentado los recursos necesarios para la atención de estas. Esto ha supuesto que los pocos recursos existentes se encuentren desbordados, como es el caso de los hospitales psiquiátricos penitenciarios de Sevilla y Alicante que están a cargo de todas las personas con enfermedad mental que acuden a prisión en España. Datos estadísticos nos indican que 9 de cada 10 personas presidiarias sufren algún tipo de alteración en su estado mental (Vicens-Pons, 2009). Por este motivo queremos mostrar el vínculo presente entre salud mental e instituciones penitenciarias, para poder indagar y extraer conclusiones sobre cómo es atendido este colectivo en prisión y las necesidades que presentan y no están cubiertas.

Para poder estudiar este tema hemos planteado una serie de preguntas: ¿qué vínculo existe entre reclusión en prisión y salud mental? ¿cuáles son las características del sistema penitenciario en España particularmente para personas con enfermedad mental? ¿qué rol tiene el/la trabajador/a social en este contexto?. A través de estas preguntas se pretende desarrollar un análisis que permitan respuestas posibles. Para esto, nuestro Trabajo de Fin de Grado se estructura de la siguiente manera.

En primer lugar nos encontramos con la justificación del trabajo, y la metodología empleada. En segundo lugar, se exponen los conceptos principales de la investigación: *sistema penitenciario* y *salud mental*, y su evolución a lo largo de la historia. Ambos componen el marco conceptual que guiará la reflexión. En tercer lugar, encontramos de manera más concisa información sobre el Sistema Penitenciario Español y sobre los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios. En cuarto lugar, se encuentra el punto más representativo y de mayor importancia de este Trabajo de Fin de Grado, formado por el análisis del problema y el papel del trabajo social en prisión, aspectos que forman, a su vez, el apartado de discusión de las condiciones actuales de los sistemas penitenciarios y el rol del trabajador social. Por último, se presentan las conclusiones que sistematizan lo anterior, dando respuesta a las preguntas previamente realizadas.

3. Justificación

En la actualidad en España existen dos hospitales psiquiátricos penitenciarios, ubicados en Alicante y Sevilla. Debido al gran aumento de población con enfermedad mental se encuentran desbordados no pudiéndose hacer cargo de todas las personas que se encuentran en esta situación. Como se muestra de forma previa, 9 de cada 10 reclusos sufren algún tipo de alteración en su estado mental (Vicens-Pons, 2009).

Esto conlleva a que personas con enfermedad mental se encuentren en centros penitenciarios comunes que no son especializados y que no cubren con la misma eficacia las necesidades de este colectivo, causando así un empeoramiento de estas personas en muchos casos y por lo tanto una mala o nula inserción en la sociedad.

El trabajo en centros de institución penitenciaria es un tema que siempre hemos tenido en mente y al que nos queremos dedicar en un futuro. Asimismo, el colectivo de salud mental ha comenzado a llamarnos la atención a raíz de las prácticas del Grado con el mismo.

Dado mi gran interés por dichos temas, he tomado la decisión de que este trabajo de fin de grado aborde ambos. De tal manera que muestre el vínculo existente entre reclusión en prisión y salud mental.

Considero que es un tema de relevancia social ya que ambas partes tienen grandes estigmas y una reinserción en la sociedad muy dura y complicada, en la que juega un papel muy importante el trabajo social que se realice dentro de la institución penitenciaria.

4. Objetivos

- **Objetivo general.**

Conocer el vínculo existente entre instituciones penitenciarias y personas con enfermedad mental.

- **Objetivos específicos.**

- Describir las características del sistema penitenciario de España particularmente para reclusos/as con esta condición.
- Conocer qué necesidades no se cubren dentro de prisión.
- Explicar cómo se trabaja con las personas con enfermedad mental y su futura reinserción en la sociedad.
- Visibilizar el análisis de intervención que realiza el trabajador o la trabajadora social dentro de la institución penitenciaria.

5. Metodología

En este apartado se muestra la metodología empleada en este Trabajo de Fin de Grado sobre la problemática de personas con enfermedad mental que se encuentran en centros penitenciarios comunes.

La metodología presente a lo largo de este trabajo está fundamentada en la indagación, recogida, y análisis de datos bibliográficos.

Conforme a los objetivos propuestos en el apartado anterior, hemos dividido el trabajo en tres grandes núcleos:

En primer lugar, se encuentran las referencias conceptuales de dos grandes temas: Salud Mental y Sistema Penitenciario. Se ha realizado una búsqueda profunda en revistas especializadas, informes oficiales, proyectos, sitios web, trabajos finales de grado de la UVA, apuntes de Derecho Penitenciario (asignatura optativa en el tercer curso del Grado de Trabajo Social) y noticias periodísticas de diversos portales. De estas fuentes hemos podido obtener información suficiente como para completar de manera eficaz este primer punto y construir figuras o tablas, elaboradas en forma propia a partir de los objetivos de esta investigación.

En segundo lugar se encuentra la reconstrucción de carácter descriptivo del Sistema Penitenciario Moderno. Asimismo, elaboramos una descripción del sistema penitenciario español y las instituciones penitenciarias psiquiátricas ubicadas en Sevilla y Alicante. Para este apartado se han analizado:

- La Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria del BOE.
- La Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. - El Reglamento Penitenciario.
- El Protocolo de Aplicación del Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios (PAIEM).
- “El Sistema Penitenciario Español” del Ministerio del Interior (julio,2014).
- Prevalencia de trastornos mentales en prisión: Análisis de la relación con delitos y reincidencia. Ministerio del Interior. Secretaría General Técnica.
- Diversas noticias periodísticas y documentos de interés, citadas en dicho apartado.

Hemos descrito la figura 2 “Funcionamiento PAIEM”, con el fin de mostrar su estructura y funcionamiento y visualizar correctamente el proceso que supone el momento de ingreso del recluso, hasta la salida y el reingreso en la sociedad. Con relación a esta figura se elaboraron dos tablas para su posterior análisis:

- Tabla 2. Elaboración propia a partir de ACAIP (2021).
- Tabla 3. Elaboración propia. A partir de la información del Estudio sobre Salud Mental en el medio Penitenciario (diciembre, 2006).

**SALUD MENTAL Y SISTEMA PENITENCIARIO DESDE LA PERSPECTIVA DEL TRABAJO SOCIAL.
UNA MIRADA DESDE EL CASO ESPAÑOL**

Se ha creído pertinente añadir estas dos tablas por sus datos de interés, siendo estas las patologías que presentan las personas presas dentro del programa de atención integral a enfermos mentales y las actividades rehabilitadoras, ambas vinculadas con el Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios.

En tercer lugar, consideramos necesario incluir una discusión acerca de los Sistemas Penitenciarios y el rol del Trabajador Social. Este apartado concretamente está compuesto por el análisis del problema dentro de prisión vinculado con la salud mental y el papel que ejerce el trabajador social dentro de la institución penitenciaria. La información necesaria para elaborar y construir este apartado ha sido obtenida de noticias sobre la Confederación de Salud Mental España, una entrevista en profundidad realizada al trabajador social de la prisión La Moraleja (Dueñas), y el análisis de los apartados anteriores. El guion que utilizamos en esta entrevista se encuentra en el Anexo 3.

Nos gustaría indicar el contexto en el que realizamos esta entrevista, ya que fue de manera presencial. En todo momento se tomaron las medidas pertinentes ante Covid-19, el uso de mascarilla y la desinfección de manos. En la entrada tuvimos que entregar el DNI para dejar constancia de la entrada en la prisión, y dejar todos los objetos personales, entrando solo con un papel y un bolígrafo para apuntar las cosas de mayor relevancia en relación con este trabajo. La conversación no pudo ser grabada por la falta de medios. La entrevista se realizó en el despacho donde el trabajador social atiende a las familias de las personas internas. Tuvo una duración aproximada de una hora.

Este trabajo se ha llevado a cabo mediante la búsqueda, lectura y análisis de noticias, artículos y publicaciones académicas, libros, publicaciones, y otras fuentes ya citadas, extrayendo las ideas más relevantes sobre la salud mental dentro de instituciones penitenciarias, con el fin de responder a las cuestiones planteadas en el primer apartado del trabajo, y poder analizar y obtener conclusiones a partir de esta información.

Finalmente en las conclusiones intentamos mostrar el vínculo entre el sistema penitenciario y salud mental, y el rol que tiene el trabajador social dentro de la institución penitenciaria.

6. Marco conceptual

6.1 El concepto de Salud Mental.

Según la OMS, la salud mental es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

La salud mental también puede considerarse “el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones” (Davini et al, 1968, pp. 1).

La salud mental también se puede considerar como:

Producto de su situación específicamente humana con la cual el hombre llega al mundo; ésta determina en él ciertas necesidades que son insoslayables, pues deben ser satisfechas. De qué manera estas necesidades son satisfechas es algo que dependerá sobre todo del contexto histórico-social y natural. La forma en que estas necesidades sean adecuadamente satisfechas o no determinarán finalmente el grado de salud mental que el hombre pueda desarrollar (Fromm, 1990, p.157).

De acuerdo a Freud, la salud mental también puede considerarse como la capacidad de amar, de trabajar y de jugar (citado en Tubert, 2000).

La definición que se va a utilizar como referencia en este Trabajo de Fin de Grado, reconoce no sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”(OMS, 2017).

El colectivo de personas con enfermedad mental tiene dos grandes barreras con diversas dificultades que afrontar. Por un lado, sufre una exclusión social debido a los prejuicios, estigmas y discriminación impuestos por la sociedad y por el otro su enfermedad. La labor como profesionales de Trabajo Social, junto con el resto de profesionales que trabajan en red/equipo (enfermeros, psiquiatras, psicólogos, otras entidades...) resulta de mejorar la inclusión de este colectivo a la sociedad, debido a la consciencia de este problema.

Las barreras que tiene este colectivo llevan presentes desde hace mucho tiempo, pero la lógica de cambio de la percepción social ha ido modificando, que se mostrará a continuación.

Comenzando en la Edad Media, cuando se consideraba a estas personas como incompetentes y débiles, lo que suponía que fueran encarceladas y hasta condenadas a muerte. En el S. XVII y hasta S.XVIII se les ingresaba en reformatorios con el fin de educarlos, incluso encerrándose en jaulas.

Entre los años 1936 y 1939, durante la guerra civil nacen la neurohistología y el psicoanálisis, con los aportes fundamentales de Sigmund Freud.

**SALUD MENTAL Y SISTEMA PENITENCIARIO DESDE LA PERSPECTIVA DEL TRABAJO SOCIAL.
UNA MIRADA DESDE EL CASO ESPAÑOL**

Durante el S. XIX se les dejó de considerar “locos ” y comenzaron a tratarlos como enfermos mentales. En la actualidad permanece la exclusión en varios ámbitos como el laboral, familiar, social...; y no solamente al colectivo sino también a los familiares de éste. Por el hecho de que la sociedad les considera personas violentas, peligrosas... y no son capaces de dejar los prejuicios y estigmas a un lado.

En 1976 se hacen manuales que dan a conocer la literatura psicológica que muestra la transición de la psicología filosófica a la científica como por ejemplo el Manual de psicología médica y psicopatología del profesor C. Ruiz Ortega y colaboradores (1ªEdición). En el año 1987 Luis Simarro, Santiago Ramón y Cajal, Nicolás Achúcarro y Emilio Mira López introducen la nueva psiquiatría alemana y ciertas tendencias como la psiquiatría fenomenológica, psicoanálisis y psiquiatría constitucionalista de Kretschmer.

En la actualidad FEAFES (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales) vela por los derechos de las personas que tienen enfermedad mental y por la mejora de su calidad de vida.

6.2 El Sistema Penitenciario

Según la RAE el sistema penitenciario es “el centro destinado a la custodia de detenidos, presos y penados, que cuenta con medidas de seguridad para evitar que estos puedan salir libremente”. Esta es la definición que va a ser utilizada a lo largo de este Trabajo de Fin de Grado.

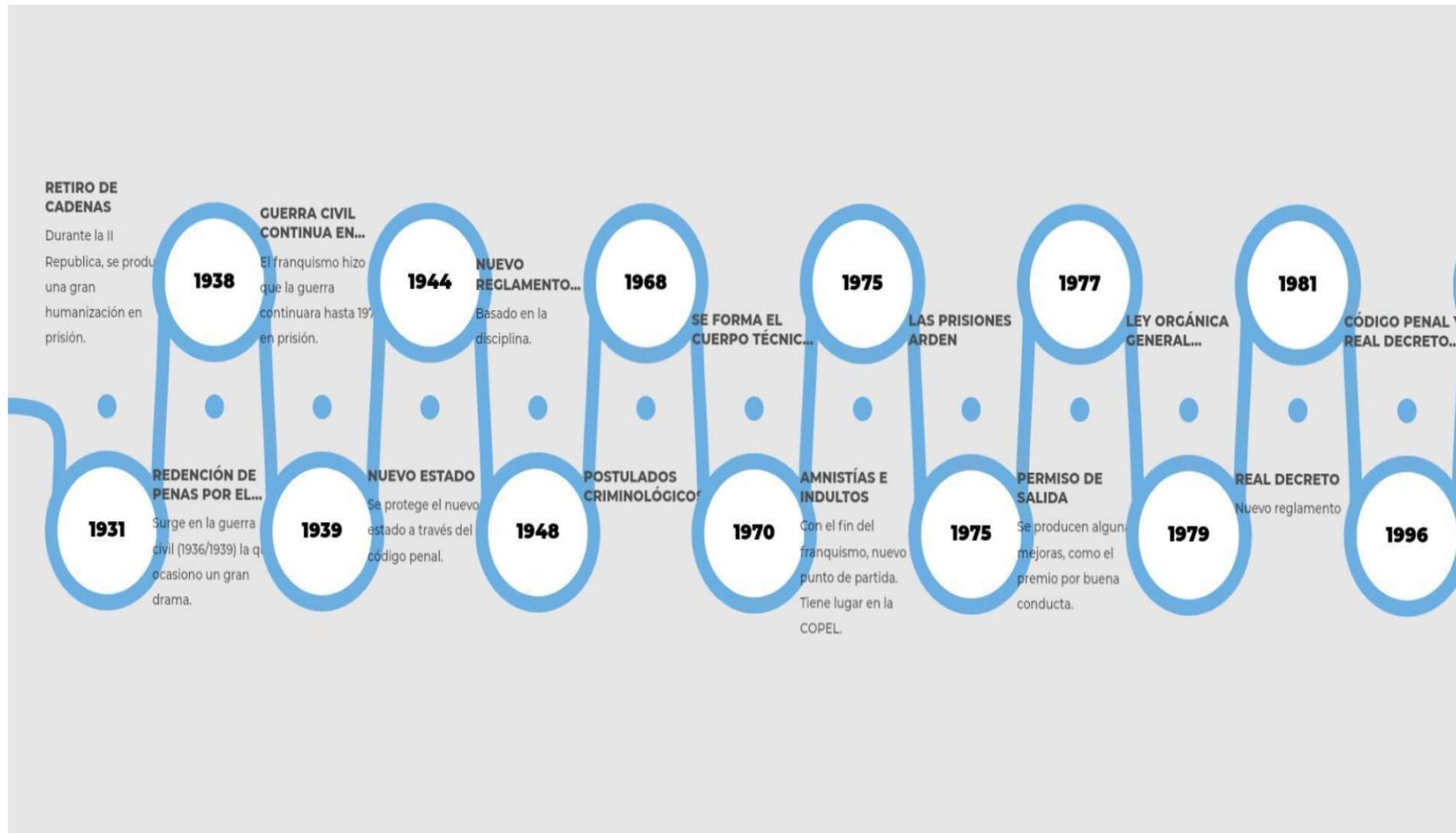
También se tiene en cuenta la definición de régimen penitenciario, que es “el conjunto de normas o medidas que persiguen la consecución de una convivencia ordenada y pacífica que permita alcanzar el ambiente adecuado para el éxito del tratamiento y la retención y custodia de los reclusos” (Reglamento Penitenciario, art.73).

El derecho penitenciario y el trato de las instituciones penitenciarias han cambiado a lo largo del tiempo, como se muestra en la Figura 1.

Hay que destacar que en 1979 dentro de prisión nos encontramos con una situación más pacífica, gracias a la Ley Orgánica General Penitenciaria, mencionada en el art.25 de la Constitución Española 1978. En este momento surge un conjunto de actividades (formativas, laborales y culturales) que fomentan la reinserción social. Esta Ley también supone un cambio de carácter clínico, donde se ofrecen terapias a los presos. Además, antes de ser penado se seguía una observación con el fin de calificar al recluso, que se basaba en la criminología dominante en los años de 1950 y 1960. En ese momento había 15.000 reclusos en España, 14.500 hombres y 500 mujeres, de los cuales solo un 5% eran extranjeros, y el 75% del total se encontraban en carácter preventivo y no como penados. A partir de este momento hasta la actualidad hay un aumento de reclusos provocado por el consumo y la venta de tóxicos, llegando a los 60.000 a finales del siglo XX. En la actualidad, la Ley Orgánica General Penitenciaria apenas ha variado. El número de extranjeros ha aumentado considerablemente entre los reclusos, ya que en 1979 apenas había un 5% de extranjeros.

El número de reclusos en España en el 2020 descendió a 49.998 en comparación con los años anteriores (*El País*, 2020).

FIGURA 1. HISTORIA DERECHO PENITENCIARIO.



Fuente. Elaboración propia sobre la base de Apuntes de Derecho Penitenciario (Asignatura Optativa en el tercer curso del Grado de Trabajo Social).

A lo largo de la historia ha habido un gran progreso en el enfoque de concepción de la pena, el mayor cambio se produjo cuando la pena se dejó de ver como una concepción absoluta y comenzó a ser preventiva, lo que supuso un gran avance en los sistemas que se realizan en torno a la pena ya que daba paso a los actuales sistemas penitenciarios que constantemente se acercan más a utilizar sistemas rehabilitadores con las personas condenadas. Consiguiendo una pena más humanitaria, y centrada en la reinserción en la sociedad del recluso, como una nueva versión de estas palabras de Platón:

“... nadie castiga a un hombre malo sólo porque ha sido malo, a no ser que se trate de alguna bestia feroz que castigue para saciar su crueldad. Pero el que castiga con razón, castiga, no por las faltas pasadas, porque ya no es posible que lo que ya ha sucedido deje de suceder, sino por las faltas que puedan sobrevenir, para que el culpable no reincida y sirva de ejemplo a los demás de castigo. Todo hombre que se propone este objetivo, está necesariamente persuadido de que la virtud puede ser enseñada, porque sólo castiga respecto al porvenir” (Platón, 1871, p.35 y ss.).

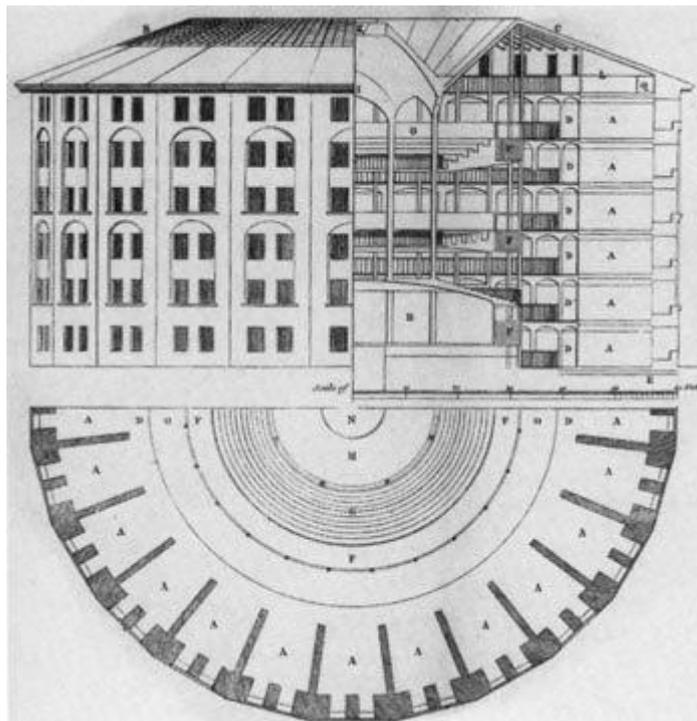
Hay tres reformadores del S.XVIII, que han tenido gran influencia, han ofrecido una visión crítica de la situación y soluciones. Estos son:

- Marqués de Beccaria, quien publicó un libro de los delitos y las penas, en 1764. Tiene una gran relevancia en el ámbito de lo penal. Se opone a la muerte y castigos físicos, sus postulados se empiezan a aplicar en países europeos. Se ordena a los corregidores a cuidar de que las personas fuesen bien tratadas dentro de prisión.
- Bentham, es conocido por su filosofía utilitarista (mayor rendimiento con el menor coste posible), y ha sido el creador del *panóptico*. El panóptico es un sistema penitenciario moderno que supone un control total y permanente con el menor número de vigilantes posibles. Esto implicaba que los presos estuvieran sumisos tras su observación constante.
- Howard, relata en uno de sus libros El estado de las prisiones en Inglaterra y Gales. Señaló una propuesta de mejora basada en sus visitas a las prisiones. Entre otras reformas las más destacadas fueron la higiene de las prisiones, la separación por delitos de gravedad, incentivar el trabajo, la intimidad a través de que cada preso tuviera su propia celda y el fin de la pena para eliminar la culpa.

SALUD MENTAL Y SISTEMA PENITENCIARIO DESDE LA PERSPECTIVA DEL TRABAJO SOCIAL. UNA
MIRADA DESDE EL CASO ESPAÑOL



Fuente. Jeremy Bentham (S.XVIII).



Fuente. Diseño del panóptico de Bentham.

A continuación, mostramos una síntesis de la evolución de los Sistemas Penitenciarios instaurados en diferentes países.

Tabla 1. La evolución de los Sistemas Penitenciarios.

SISTEMA	MÉTODO	PAÍSES DE INSTAURACIÓN	IMPLANTACIÓN EN ESPAÑA (AÑO)
Sistema Filadélfico o Celular. Años de 1930.	Aislamiento permanente.	Inglaterra y Estados Unidos (abandonado pronto en este último país).	No.
Sistema de Auburn.	Aislamiento sólo por la noche y trabajos en común por el día.	La mayoría de los estados de Estado Unidos.	No.
Sistema Progresivo. Principios. S. XIX.	Progreso desde el aislamiento celular hasta la libertad condicional a través de cuatro fases.	Muy extendido en Europa y América Latina.	Si (generación en 1901).
Sistema de Individualización Científica. Años 1960-70.	Variantes del Sistema Progresivo con cinco fases y sin necesidad de pasar por todas ellas.	Estados Unidos y países escandinavos (años 60) y Europa (años 70).	Si (instauración en 1979).
Sistema basado en Prisiones Abiertas.	Sistema abierto y pionero, exento de medidas de contención, cerrojos y rejas.	Suecia es el país donde más prolifera y abarca la tercera parte de los internos.	No

Fuente. Zabala (2016, p.46) a partir de la información de Cerezo (2007).

En esta tabla podemos observar la evolución de los Sistemas Penitenciarios a nivel mundial. Nos encontramos con cinco sistemas diferentes, de los cuales solo el sistema progresivo (progreso desde el aislamiento celular hasta la libertad condicional a través de cuatro fases) y el sistema de individualización (variante del sistema progresivo compuesto por cinco fases, sin necesidad de pasar por todas ellas) se han implantado en España, el primero en 1901, y el segundo en 1979.

Las personas que padecen trastornos psiquiátricos tienen una grave afectación de su calidad de vida. La calidad de vida se ve modificada en las instituciones cerradas. Encontrarse dentro de estas instituciones supone un empeoramiento de su bienestar, que el resto de reclusos que no padecen enfermedad mental.

El hecho de estar en una institución penitenciaria dificulta el reconocimiento de patologías mentales y su tratamiento.

A lo largo de todo este tiempo el papel del trabajo social ha sido fundamental en los contextos del sistema penitenciario.

El trabajo social dentro del ámbito penitenciario pretende conseguir el cumplimiento de los fines que en materia de acción social establece la legislación penal y penitenciariamente vigente. El Reglamento Penitenciario de 1996, en España, en el Capítulo I, regula la Acción Social Penitenciaria estableciendo en su artículo 227 que la acción social penitenciaria se dirigirá a la solución de los problemas surgidos a los internos y a sus familias como consecuencia del ingreso en prisión contribuyendo al desarrollo integral de los mismo.

Por tanto, la labor del Departamento de Trabajo Social tiene como objetivo principal incidir de manera prioritaria en las redes y vínculos de apoyo que presentan los reclusos en el exterior, y el desarrollo social dentro de prisión. Además de conseguir la reeducación y reinserción social de los internos.

7. Sistema penitenciario español

Como podemos observar en Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria del BOE, las instituciones penitenciarias tienen como fin clave la reeducación y la reinserción social de los sentenciados a penas y medidas penales privativas de libertad, así como la retención y custodia de detenidos, presos y penados. A su vez también se realiza una labor asistencial y de ayuda.

Los centros penitenciarios se organizan por separado para hombres y para mujeres, y hay tres tipos de regímenes y una clasificación por grado que veremos a continuación.

1) Primer Grado: el régimen es cerrado, es el más restrictivo. Dentro de este grado se encuentran delincuentes muy peligrosos, grupos de terroristas o bandas armadas, internos con mal comportamiento, internos en posesión de armas o drogas..., es decir, de peligrosidad extrema, inadaptación interna o grave a las normas de convivencia. Todos ellos se encuentran en departamentos especiales y departamentos de régimen cerrado.

2) Segundo Grado: el régimen es ordinario, y en él se encuentran los presos comunes que tienen una convivencia pacífica, en este grado participan en actividades.

3) Tercer Grado: o también llamado régimen de semilibertad, el régimen es abierto, es decir pueden salir a trabajar, a hacer cursos o actividades. Puede ser restringido (no tienen trabajo, pero pueden salir a realizar actividades), pleno (salen a realizar una actividad laboral, y regresan al centro a dormir) o de medios telemáticos (son controlados por medio una pulsera desde su hogar).

A su vez también hay una separación entre adultos y jóvenes (menores de veintiún años).

También existen establecimientos de cumplimiento de régimen cerrado o departamentos especiales para aquellos reclusos que estén considerados con alta peligrosidad, o en casos de inadaptación a los otros regímenes.

La Administración penitenciaria velará para que los establecimientos sean dotados de los medios materiales y personales necesarios que aseguren el mantenimiento, cumplimiento y desarrollo de sus fines.

Según el art.209.1.2º del Reglamento Penitenciario dedicado al modelo de atención sanitaria “La atención primaria se dispensará con medios propios de la Administración Penitenciaria o ajenos concertados por la misma. Los establecimientos penitenciarios contarán con un equipo sanitario de atención primaria que estará integrado, al menos, por un médico general, un diplomado en enfermería y un auxiliar de enfermería. Se contará igualmente, de forma periódica, con un psiquiatra y un médico estomatólogo u odontólogo”.

En todos los centros hay un médico general que tiene conocimientos psiquiátricos, el cual se encarga de cuidar la salud mental y física de los reclusos. También el centro cuenta con un Ayudante Técnico Sanitario y de un Médico Odontólogo si fuera necesario y personal auxiliar. Al igual que de especialistas, si lo considera apropiado el médico general. Las presas tienen derecho a solicitar a su costa médicos profesionales ajenos a los centros, excepto por razones de seguridad.

Todos los centros disponen para la realización de asistencia sanitaria: una enfermería, una dependencia destinada a la atención de personas que consumen tóxicos o que se encuentran en observación psiquiátrica y de una unidad de contagios.

El equipo técnico formado por especialistas en salud mental, un médico forense y los centros del establecimiento son los que consideran si la situación penitenciaria puede afectar a aquellas personas que tienen una enfermedad mental.

España se constituye en un estado social y democrático de derechos, que apoya como valores superiores a su ordenamiento jurídico: la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político. Las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad están orientadas hacia la reeducación y reinserción social y no podrán consistir en trabajos forzados.

Existen claras evidencias de la presencia de personas internas en centros penitenciarios con problemas de salud mental, entre estos los más destacados son el trastorno esquizofrénico: lo presentan entre un 2/4%, el trastorno depresivo: lo presentan entre un 10/12% y el trastorno de la personalidad: es el más frecuente con un 50/75% (Vicens-Pons, 2009, pp. 8-16).

Los recursos existentes para atender los trastornos mentales son en general escasos y limitados a la existencia de dos Hospitales psiquiátricos, los mencionados en Alicante y Sevilla y la presencia puntual de un psiquiatra como consultor en algunos centros penitenciarios.

Catalunya es la única comunidad autónoma que cuenta con una red de servicios de psiquiatría penitenciaria que intenta explicar la red psiquiátrica común.

El cierre de los *manicomios* debido al cambio de atención a las personas con enfermedad mental en la década de 1980, conllevó que las prisiones se llenaran de reclusos con patologías mentales, no estando preparadas para tratar a estas personas, además de que fuera tampoco había herramientas suficientes para tratar a las personas que se encontraban en ellas.

El hecho de que los presos no sean tratados adecuadamente ocasiona que sean imprevisibles, llegando a agredir a los funcionarios, a reincidir por no haberse tratado su problema de salud mental creando un aislamiento social, aumentando su patología y llegando en algunos casos a ocasionar hasta el suicidio.

La Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2009-2013), manifiesta que la atención a personas con problemas de salud mental dentro de prisión es insuficiente. En España una de las dificultades ha sido identificar y diagnosticar a las personas con trastornos mentales, tanto en el momento del ingreso, como en su estancia en prisión (CERMI, 2008). Por esto se implanta el Protocolo de Aplicación del Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios (PAIEM). Este programa está implantado en el 97% de los centros penitenciarios españoles y tiene como objetivo ofrecer una atención integral a los usuarios y se sustenta en un modelo biopsicosocial.

Este protocolo tiene como objetivo la rehabilitación y la reinserción de los presidiarios.

Este programa gira entorno a tres necesidades que presentan los reclusos con enfermedad mental, siendo estas:

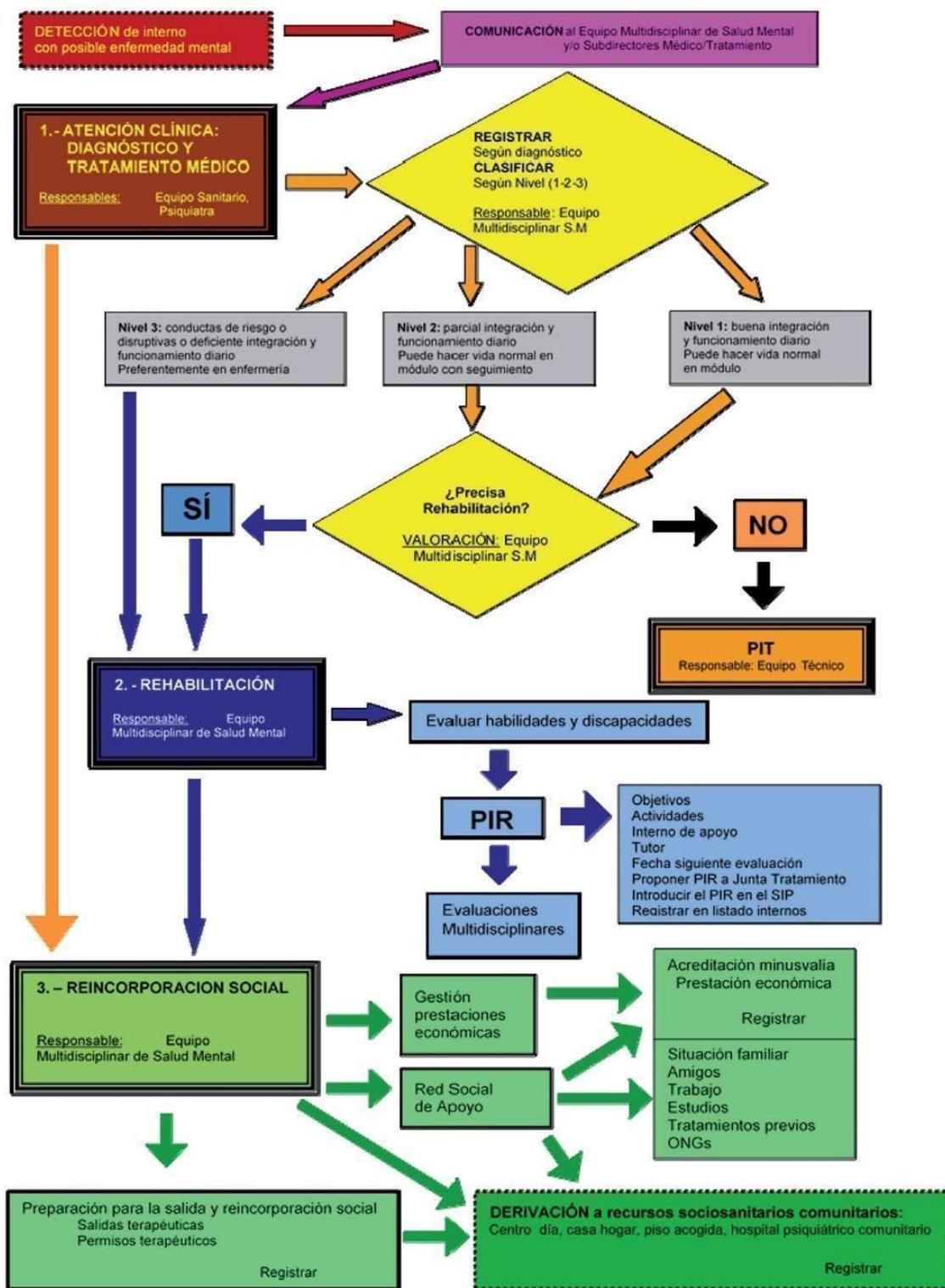
1. Tratar los aspectos clínicos, mediante el tratamiento y la estabilización de su estado de salud mental.
2. Abordar los aspectos negativos que provoca la enfermedad mental en los usuarios del programa.
3. La continuidad del tratamiento dentro de prisión.

El PAIEM tiene varios objetivos generales que son importantes recalcar:

- A. Detectar, dar diagnóstico y tratar a los reclusos que presenten patologías mentales.
- B. Mejorar la calidad de vida, mediante la adaptación de estas personas al centro y mejorando su autonomía personal.
- C. La reincorporación de este colectivo a la sociedad.
- D. La derivación a un recurso sociosanitario.

A continuación, mostramos la imagen del funcionamiento del Protocolo de Aplicación del Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios (PAIEM)

Figura 2. FUNCIONAMIENTO PAIEM.



Fuente. Recuperada de Zabala,C.(2016,p.61).Prevalencia Trastornos Mentales En Prisión:Análisis de la relación con delitos y reincidencia.Ministerio del Interior.Secretaría General Técnica.

Es importante señalar que a través del PAIEM se obtienen los valores de las patologías que presentan los reclusos, estos datos se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 2. PATOLOGÍAS QUE PRESENTAN LOS PRESOS DENTRO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMOS MENTALES.

38,7%	Patología dual
37,3%	Trastorno psicótico
29,7%	Trastorno de la personalidad
16,7%	Trastorno afectivo
12,4%	Otro tipo de trastorno

Fuente. Elaboración propia a partir de ACAIP (2021).

Dentro del PAIEM hay una serie de actividades rehabilitadoras que se llevan a cabo con el fin de obtener una mejora física, psíquica y social de las personas con enfermedad mental que se encuentran en prisión. Estas actividades se muestran en la tabla número 3.

TABLA 3. ACTIVIDADES REHABILITADORAS.

ACTIVIDADES DEL OCIO, CULTURA Y TIEMPO LIBRE	<ol style="list-style-type: none"> 1. ACTIVIDADES DEPORTIVAS 2. ANIMACIÓN A LA LECTURA 3. TALLER DE CERÁMICA 4. TALLER DE DIBUJO 5. TALLER DE JARDINERÍA 6. TALLER DE MARQUETERÍA 7. TALLER DE MUSICOTERAPIA 8. TALLER DE REVISTA 9. TEATRO 10. YOGA 11. OTRAS
ACTIVIDADES ACADÉMICAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. CURSOS DE GRADUADO ESCOLAR, ESO Y BACHILLERATO 2. INFORMÁTICA 3. UNED 4. OTRAS
ACTIVIDADES FORMATIVO – LABORALES Y DE INTEGRACIÓN LABORAL	<ol style="list-style-type: none"> 1. CURSOS DEL ORGANISMO AUTONÓMICO DE TRABAJO Y FORMACIÓN PARA EL EMPLEO 2. TALLERES PRODUCTIVOS. 3. OTROS
ACTIVIDADES DE EVITACIÓN DE LOS EFECTOS NOCIVOS DEL INTERNAMIENTO Y MEJORA DE HABILIDADES ADAPTATIVAS E INTEGRACIÓN SOCIAL Y FAMILIAR	<ol style="list-style-type: none"> 1. JORNADAS DE PUERTAS ABIERTAS 2. PERMISOS 3. SALIDAS CULTURALES Y DE OCIO 4. SALIDAS FAMILIARES 5. SALIDAS POR ESTUDIO 6. SALIDAS POR TRABAJO 7. SALIDAS PARA TRATAMIENTO 8. OTRAS

TABLA 3. ACTIVIDADES REHABILITADORAS “Continuación”.

ACTIVIDADES DE TERAPIA ASISTIDA CON ANIMALES (TACA)	
ACTIVIDADES DE MEJORA DEL FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL Y AUTONOMÍA	<ol style="list-style-type: none"> 1. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES COGNITIVAS 2. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES 3. PREPARACIÓN PARA LA SALIDA 4. PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD 5. PROGRAMA DE PSICOMOTRICIDAD 6. TÉCNICAS DE AUTOCONTROL Y AFRONTAMIENTO DE ESTRÉS 7. PROGRAMA DE ACEPTACIÓN DE LA ENFERMEDAD Y AUTONOMÍA EN LA TOMA DE MEDICACIÓN 8. PROGRAMA DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA 9. PROGRAMA DE AUTOCUIDADOS Y LIMPIEZA Y ASEO DE CELDA 10. OTRAS

Fuente. Elaboración propia. A partir de la información del Estudio sobre Salud Mental en el medio Penitenciario (diciembre, 2006).

De acuerdo a todo el análisis anterior considero que hay que tener en cuenta dos grandes problemas siendo estos la inexistencia de módulos específicos de psiquiatría y la falta de coordinación entre la red pública asistencial y penitenciaria.

El colectivo de personas con enfermedad mental y reclusos sufre un doble estigma tras su salida de la institución penitenciaria, el de su enfermedad mental y la etiqueta de haber sido recluso, fomentando el efecto de la “puerta giratoria” (reincidiendo y volviendo a la institución penitenciaria).

Según la confederación de Salud Mental España, entre el 2,5% y 3% (lo que supone más de un millón de personas) de población adulta sufren un trastorno mental grave, mientras que el 30% de jóvenes de 15 a 29 años (2 millones) han sufrido síntomas de trastorno mental en el último año.

4.1 Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios

Como podemos observar en el documento “El Sistema Penitenciario Español” del Ministerio del Interior (julio, 2014), los hospitales psiquiátricos penitenciarios son centros especializados, en los cuales se encuentran aquellas personas que tienen diagnosticada alguna enfermedad mental cumpliendo condena y por lo tanto con privación de su libertad.

La Secretaría General dispone de dos centros psiquiátricos penitenciarios situados en Sevilla y Alicante. La institución penitenciaria de Sevilla proporciona asistencia las comunidades autónomas de Andalucía, Canarias y Extremadura, pero en concreto a población masculina, por otro lado la institución de Alicante se hace cargo de prestar servicio psiquiátrico de toda la nación, menos de los que se ocupa la prisión de Sevilla, Ceuta y Melilla, y de toda la población femenina excepto de la perteneciente a Cataluña, ya que esta tiene medios propios en sus instituciones penitenciarias.

En estos centros prevalece la función asistencial. Cuenta con un equipo multidisciplinar compuesto por psiquiatras, psicólogos, médicos generales, educadores sociales, trabajadores sociales, enfermeros y terapeutas ocupacionales.

Estos centros siguen un modelo de intervención biopsicosocial, que lleva a cabo el equipo multidisciplinar.

En estos centros no existe la clasificación por módulos o grados de tratamiento, que existen en los centros penitenciarios ordinarios.

El objetivo principal de estos hospitales psiquiátricos penitenciarios es conseguir la estabilización psicopatológica de los pacientes y la reducción de su peligrosidad. Para llegar a conseguir este objetivo se cuenta con un extenso programa de actividades rehabilitadoras, en las que las instituciones sanitarias y sociales de la red pública colaboran, sobre todo se centran en las actividades que encontramos en la tabla 3, en el apartado de Actividades de mejora del funcionamiento psicosocial y autonomía.

La permanencia en estos centros no puede superar en ningún caso el tiempo fijado en la sentencia del usuario.

Ambos centros en la actualidad se encuentran en una situación de sobrecarga, debido al aumento progresivo de personas con enfermedad mental, y esto ha provocado que estas personas tengan que cumplir condena dentro de instituciones penitenciarias comunes, donde no son cubiertas las necesidades y servicios que precisa el colectivo de personas con enfermedad mental.

8. Discusión: Las condiciones actuales de los Sistemas Penitenciarios y el rol del Trabajador Social

8.1 Análisis del problema

Tras la realización de los anteriores apartados podemos sacar una serie de problemáticas presentes hoy en día en los centros penitenciarios con los reclusos que padecen una enfermedad mental que sintetizamos a partir de la siguiente cita: “Cada vez hay más reclusos con problemas de salud mental y en la comunidad no se está dando la respuesta adecuada a algunos pacientes, están acabando dentro de las cárceles y allí se les está atendiendo con los pocos medios que tenemos” (Basanta, 2019).

Para comenzar se puede observar que el problema procede del aumento de reclusos con enfermedad mental en prisiones comunes, debido a la aparición de estas enfermedades y al desbordamiento de los hospitales psiquiátricos penitenciarios o la falta de los mismos, ya que solo hay dos en toda España como se ha mencionado.

Por otro lado, nos encontramos que las instituciones penitenciarias no se encuentran dotadas ni de personal especializado, ni de espacios habilitados para el tratamiento de estas enfermedades. Como bien indica Pozuelo, no sólo se necesita más personal como psiquiatras y psicólogos sino también recursos humanos que mejoren la atención y por tanto la calidad (2018).

Datos como el que sigue apoyan la falta de personal: solo dos psiquiatras hacen frente a los 455 enfermos mentales internados en las prisiones españolas (Confederación de Salud Mental España, 2019). A día de hoy, y considerando el escenario de la institución penitenciaria La Moraleja, en Dueñas, estos datos han empeorado; ya que más del 50% de los reclusos de esta prisión, presentan enfermedades mentales. En nuestra visita, hemos comprobado que no disponen de psiquiatra en el centro, y este acude desde SACYL cada dos meses aproximadamente, lo cual implica una atención nula globalmente ya que el profesional no puede abarcar citas con todos los reclusos en un día. También me informó que no tienen un módulo específico para las personas que tienen enfermedad mental y que es muy difícil la estabilidad de estas personas porque no se consigue controlar el tratamiento. El propio trabajador social reconoció que hay falta de medios y de personal, y que sin estos tampoco pueden hacer mucho más de lo que ya hacen.

En nuestro parecer, lo anterior provoca que el Programa de Atención a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios (PAIEM) no se pueda llevar a cabo de manera eficaz, ya que no hay un personal cualificado ni un espacio habilitado para su ejecución.

A su vez la ausencia de personal también provoca la falta de seguimiento del usuario de manera continuada, no logrando una atención plena. Esto desemboca, entre otras problemáticas, una falta de control del tratamiento, el cambio del mismo si fuera pertinente, que estas personas tengan brotes de su enfermedad dentro de la institución e intentos autolíticos por abuso del tratamiento.

La falta de personal especializado también ocasiona que no se detecten enfermedades mentales dentro de prisión, como por ejemplo una discapacidad mental, la cual es muy difícil de diagnosticar dentro de la institución.

Por otro lado, las instituciones penitenciarias no sólo existen para cumplir condena, sino que tienen una función de reinserción y rehabilitación, tal como se ha señalado en el apartado anterior. Por ello todos los centros deberían estar adaptados a las problemáticas que los reclusos presentan.

Hay un problema que no solo gira en torno a las personas con problemas de salud mental, sino que afecta a todos los reclusos. Este problema es la falta de recursos propios cuando obtienen el tercer grado y salen del centro, para ir al Centro de Reinserción Social. En este momento no cuentan con ningún recurso exterior, lo que significa que no disponen de ayudas económicas ni de ningún tipo, por lo tanto si no cuentan con familia, no tienen donde pasar la noche o la pasan en el albergue municipal -que tiene límite temporal de estancia- y, si tienen vivienda propia, no tienen cómo costear los gastos que está implica. Esto provoca que reincidan, por no tener sus necesidades cubiertas.

Cuando ya han obtenido la suspensión de condena, cuentan con una serie de prestaciones económicas del Sistema Público de Empleo que les ayuda a reinsertarse en la sociedad. Puede solicitarse el paro en caso de tenerlo o puede pedirse el subsidio para liberados de prisión, siendo este último el más común. El subsidio es de 451.92€. En la actualidad vivir con esa cantidad es muy complicado, pero el problema no deriva de esta cantidad, sino de que esa prestación se acaba y encontrar trabajo es muy difícil por el hecho de que la sociedad tiene grandes prejuicios hacia estas personas y prefieren contratar a alguien que no se haya encontrado en una institución penitenciaria. Además, las personas con enfermedad mental tienen otro problema a mayores, que es el prejuicio y el estigma que está presente en la sociedad por padecer una enfermedad mental. Lo que complica aún más su entrada en el mundo laboral, y por tanto su reinserción en la sociedad.

Otro problema es que el sistema está enfocado puertas adentro, de tal manera que no prepara a los internos para su salida, lo que ocasiona que tengan que ser organizaciones y los servicios sociales los que ayuden tras la salida y la incorporación al mundo laboral.

Por último, hemos detectado que si una persona entra a prisión, por un delito cometido por su enfermedad mental, y ésta no es tratada como se debería dentro de la institución penitenciaria, tras la salida del recluso se va a volver a reincidir.

La falta de apoyos tras la salida en la institución y todos los problemas mencionados, ocasionan que este colectivo no se reinserte en la sociedad y vuelva a una institución penitenciaria, consiguiendo que este problema sea giratorio, por no tomar medidas al respecto.

8.2 Papel del trabajo social en prisión

Los centros penitenciarios tienen dos funciones. Por una parte la custodia y retención de los reclusos, y por otra la educación y reeducación de los mismos. Es en este último donde aparece el trabajo social.

Las funciones principales de un trabajador social dentro de un centro penitenciario son:

- Realizar un acompañamiento desde la entrada en el centro hasta la salida. - Identificar problemáticas sociofamiliares.
- Reducir el impacto negativo del ingreso

Como funciones secundarias tendríamos: a) elaborar itinerarios de manera individualizada con el fin de que no se reincida tras la salida, b) mantener el vínculo entre el recluso y la familia, y c) gestión de documentación.

Un trabajador social en prisión tiene que tener una serie de cualidades, ya que no es fácil trabajar dentro de este entorno. Estas cualidades son entre otras la vitalidad, querer y creer en la reinserción, la proactividad, y dejar atrás los prejuicios y primeras impresiones sabiendo ver más allá del delito que han cometido.

A continuación, se van a mostrar las funciones del trabajador social desde el momento en el que la persona entra en prisión, hasta su salida.

En primer lugar, cuando una persona entra en prisión se realiza una entrevista de ingreso en la cual el trabajador social participa, junto con el equipo multidisciplinar de la prisión (psicólogo, educador, médico...). En esta entrevista el trabajador se encarga de recoger la documentación del interno, recopilar datos personales, qué red de apoyo tiene, etc.; cumplimentando la ficha de ingreso. Es muy importante destacar que el primer contacto de la persona reclusa ocurre con el trabajador social. Es esencial establecer un vínculo y a raíz de este encuentro se va a decidir a qué módulo va a entrar.

Tras esta primera entrevista se comienza a escribir la historia social del usuario, en el momento en el que pasa a un módulo. En este momento también se realizan una serie de informes sociales específicos para el caso de algunas situaciones que se mencionan más adelante.

En este momento es conveniente que el profesional tenga el primer contacto con la familia, siempre y cuando sea oportuno. Suelen aparecer las primeras demandas por parte de los familiares, se verifican los datos del recluso, se realiza un primer diagnóstico de cómo se posiciona la familia y su implicación ante esta situación. Además, se les informa cómo el recluso va a seguir un tratamiento.

A continuación, se procede a la separación del interno en los diferentes módulos que presenta el centro. Se suele intentar que las personas que tienen una enfermedad mental se encuentren juntas, pero separadas de alguna manera para evitar a personas nocivas. Como no existe un módulo específico para personas con enfermedad mental, cuando estos se encuentran en un episodio de su enfermedad se les mantiene aislados en enfermería, siendo insuficiente la atención necesaria. En este momento interviene todo el equipo técnico del centro.

Existe un Programa Individual de tratamiento (PIT), en el cual el trabajador social juega un papel fundamental, ya que intenta corregir las carencias que presenta el interno desde todas las áreas. No todos los presos están sometidos a este programa ya que es voluntario.

En la clasificación inicial del grado que se asigna, el trabajador social emite un informe que consta de los datos personales, los medios de los que dispone tras la salida, si debe seguir algún tipo de tratamiento por consumo de tóxicos, problemas con el juego... Dicho informe se realiza obligatoriamente cada seis meses, con el fin de observar la evolución del interno y el punto en el que se encuentra de su condena.

Por último, cuando se otorga el tercer grado a un recluso, el trabajador social tiene que realizar otro informe, al igual que cuando se otorga la libertad condicional o la suspensión de condena. Aunque el condenado salga al Centro de Inserción social durante el tercer grado, el trabajador social sigue trabajando con él, hasta que no se consolide su finalización de condena.

Por otro lado, el trabajador social se vincula con las familias de los internos:

En primer lugar se tiene el primer contacto tras el ingreso, del cual hemos hablado, en este se comenta el primer impacto que se ha tenido con el recluso. En segundo lugar, hay que tener en cuenta que al menos se debe tener una entrevista presencial. En esta entrevista el profesional les ofrece firmar el compromiso de acogida, para que cuando salga el recluso convivan con él. Si muestran algún tipo de necesidad o demanda, se les derivará a los Servicios Sociales correspondientes si fuera necesario. Desde el primer momento se habla con la familia del proceso de reinserción y los tratamientos, si los hubiera. El trabajador social tiene una gran labor, ya que intenta mantener el vínculo o lazo que tenga el recluso con la familia, porque son un gran apoyo durante toda la intervención y ayuda al interno de manera positiva.

Como se ha indicado en las funciones, el trabajador social se encarga de gestionar documentos, como por ejemplo el DNI en el caso de que el recluso tenga nacionalidad española, y si es extranjero hay que conocer la situación en la que se encuentra (permisos) y recoger su pasaporte. Si estos últimos quisieran contactar con su embajada para volver a su país de origen, el trabajador social se ocuparía de esta gestión.

En el caso de que dicho extranjero tuviera vínculos familiares en España, el trabajador social emitirá un informe de arraigo familiar, con el fin de que no se procediera a la devolución al país de origen. Dentro de esta gestión de documentos, el profesional también se encarga de gestionar la solicitud o reconocimiento de dependencia y discapacidad, así como el contacto con el centro base para la ejecución de valoración.

Las personas que tienen una enfermedad mental y pero también los presos que no las tienen pueden tener intentos autolíticos sobre todo en el ingreso por el impacto que causa, en este caso hay un Programa de Prevención de Suicidios, en este momento el trabajador social junto con el médico, psicólogo y educador deben realizar un informe semanal con la evolución. Se suele otorgar un interno de apoyo (interno de confianza, preparado para ayudar) que se encarga de vigilar y controlar la medicación. Éste traslada la información al equipo que deberán incorporar en los informes.

El trabajador social aparte de los informes que se han ido mencionando en este apartado, también realiza otros de manera más puntual: informes judiciales (por petición de un juez), informes de junta de tratamiento, informes de falta de recursos e informes de secretaría de estado (es la que toma las decisiones).

Asimismo, este profesional se encarga de ponerse en contacto y colaborar con los Servicios Sociales frecuentemente. En la mayoría de los casos esta coordinación está relacionada con el tema de pensiones no contributivas, menores en situación de riesgo o desamparo (hijos de los internos), ONG como Proyecto Hombre, Cruz Roja y Asociación de ayuda al drogodependiente (ACLAD), que ayudan a los reclusos tras la salida, y por el grado de dependencia y reconocimiento de discapacidad.

Los presos no tienen las mismas necesidades que se tienen en el exterior, por ello las demandas más frecuentes que se piden a los trabajadores sociales son: beneficios penitenciarios, trabajos remunerados por necesidades, tarjetas de teléfono por falta de recursos, tratamientos, información y orientación por parte de los internos y de familiares, traslados y la solicitud de realización de informes por agrupación familiar.

9. Conclusiones

El colectivo de personas con enfermedad mental tiene dos barreras presentes: el estigma creado por la población y su enfermedad, al que se puede sumar el conjunto de prejuicios por haber estado en prisión, lo que dificulta la inserción de este colectivo.

El problema comienza en la década de 1980 tras el cierre de los manicomios, que conllevó a que las personas con enfermedad mental fueran llevadas a prisión sin estar preparadas para tratar a estas personas y la falta de medios para que fueran tratadas en el exterior. Hoy en día las prisiones comunes siguen sin estar preparadas y siguen faltando medios suficientes.

El aumento de personas con enfermedad mental en los últimos años, ha provocado que los centros penitenciarios psiquiátricos se encuentren desbordados y que las personas con problemas de salud mental acaben en instituciones penitenciarias comunes, todo ello debido a la falta de recursos presentes hacia este colectivo, el prejuicio impuesto sobre estas personas, y en muchos de los casos la situación de pobreza y desigualdad social en las que se encuentran.

Las personas que presentan enfermedad mental en prisiones comunes tienen más dificultades que el resto de presos, por ejemplo por sus patologías, por no poder desempeñar talleres y trabajos remunerados por empresas externas, lo que provoca cierta exclusión dentro la institución.

La falta de profesiones y medios, agrava más esta situación, ya que no se lleva ningún control del tratamiento, no se realizan seguimientos, ni se cubren las necesidades presentes por sus enfermedades, lo que conlleva a que estas personas sufran episodios dentro de prisión teniendo que ingresarlas en enfermería, sin ningún tratamiento psiquiátrico controlado, y sin ningún recurso especializado. Así, una persona que ha cometido un delito por su enfermedad, al no ser tratada y finalizar la condena y salida, esta persona volverá a reincidir, siendo inútil la estancia en prisión.

En la actualidad está vigente el Programa de Atención a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios (PAIEM), el cual no se implementa de manera adecuada por la falta de medios y personal especializado.

Por otro lado, la falta de este personal hace que personas reclusas que entran a prisión sin una enfermedad mental reconocida, no se les pueda reconocer en la misma, creando un nulo bienestar en esta persona, ya que no se pueden detectar sus necesidades, y por lo tanto no se pueden cubrir.

El trabajo social dentro del ámbito penitenciario pretende conseguir el cumplimiento de los fines que en materia de acción social establece la legislación penal y penitenciaria vigente. El Reglamento Penitenciario de 1996, en España, en el Capítulo I, regula la Acción Social Penitenciaria estableciendo en su artículo 227 que esta se dirigirá a la solución de los problemas surgidos a los internos y a sus familias como consecuencia del ingreso en prisión contribuyendo al desarrollo integral de los mismos.

La labor del trabajador social dentro de prisión es muy importante para todas las personas que se encuentran dentro de ellas, ya que es el profesional que les va a ayudar a mantener un vínculo familiar, a acompañar durante toda su estancia en el centro, y colaborar en todo lo que esté en su mano. Además consideramos que es de los pocos profesionales que trabajan en prisión que puede ver más allá de los delitos que se han podido cometer, observando la estancia en la institución como un modelo de reinserción de estas personas y no solo como un castigo. Además, puede detectar necesidades, por las que los presos han entrado en prisión, y ayudar a cubrir las tras su salida o derivar a sus familiares a los servicios sociales. Consideramos que los trabajadores sociales tienen que luchar por conseguir una mejora de calidad de vida de estas personas y de sus familias, y que deberían de ser ellos y ellas los/as que reflejaran el problema expuesto en este trabajo, para que se tomaran medidas y dejara de haber una situación y actuación tan nefasta ante la problemática de salud mental, haciendo visible a este colectivo y dejando de lado los prejuicios hacia el mismo. Consideramos que su papel es aún más importante con personas que tienen enfermedad mental, ya que son los únicos que pueden luchar por conseguir una igualdad y una atención digna de estas personas.

Creemos oportuno decir que hay medidas que se pueden tomar para resolver esta situación: la primera es que no ingresen en prisión aquellas personas que tengan problemas de salud mental, y que se creen programas o alternativas para que no lleguen al punto del ingreso en prisión. La segunda sería la creación de módulos específicos para personas con enfermedad mental dentro de prisión, en el cual estuvieran cubiertas todas sus necesidades. Y en tercer lugar la creación de nuevas plazas de funcionarios para poder completar la plantilla con personal como psiquiatras, enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales, para poder satisfacer y cubrir las necesidades de los reclusos, y a su vez que todo el personal de las instituciones penitenciarias obtuviera los conocimientos necesarios para tratar con estas personas.

Para finalizar consideramos que a lo largo de este trabajo se ha mostrado el vínculo existente entre personas con enfermedad mental y las instituciones penitenciarias, el problema presente debido a éste, la falta de medios y de calidad de vida que presentan las personas con patologías mentales dentro de prisión y la labor del Trabajo social en el ámbito penitenciario. Creemos que el Trabajo Social debería de estar presente en todos los ámbitos de la vida, ya que es fundamental en esta sociedad desigual.

10. Referencias Bibliográficas.

- Apuntes pertenecientes a la Asignatura de Derecho Penal, impartida como optativa en el tercer curso del Grado en Trabajo Social por Antonio Andrés Laso.
- Basanta, J. (2019, 1 de julio). Los psiquiátricos de prisiones, "bajo mínimos" en plena crisis de la sanidad penitenciaria. *ConSalud.es* https://www.consalud.es/profesionales/otros-profesionales/los-hospitales-psiquiatricos-penitenciarios-bajo-minimos_65647_102.html
- Caravaca Sánchez, F, Carrión Tudela, J, & Pastor Seller, E. (2018). Burnout syndrome and work satisfaction in professionals of social work in prisons of Spain. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 20(2), 40-46. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202018000200040
- Carranza, V. (2003) EL CONCEPTO DE SALUD MENTAL EN PSICOLOGÍA HUMANISTA- EXISTENCIAL. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 1(1), 1-19. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077-21612003000100001&script=sci_arttext
- CERMI. (2008). *Prevalencias Trastornos Mentales En Prisión: Análisis de la relación con delitos y reincidencia*. Ministerio del Interior. Secretaría General Técnica http://www.interior.gob.es/documents/642317/1201664/Prevalencia_de_trastornos_mentales_en_prision_126170587_web.pdf/19568d3f-ffb3-4f28-9539-ca646e9cf475
- Confederación de Salud Mental España. (2019, 1 de julio). Los psiquiátricos de prisiones, "bajo mínimos" en plena crisis de la sanidad penitenciaria. *ConSalud.es* https://www.consalud.es/profesionales/otros-profesionales/los-hospitales-psiquiatricos-penitenciarios-bajo-minimos_65647_102.html
- Cortés, N. (2019, 1 de julio). Los psiquiátricos de prisiones, "bajo mínimos" en plena crisis de la sanidad penitenciaria. *ConSalud.es* https://www.consalud.es/profesionales/otros-profesionales/los-hospitales-psiquiatricos-penitenciarios-bajo-minimos_65647_102.html
- Davini et al. (1968) EL CONCEPTO DE SALUD MENTAL EN PSICOLOGÍA HUMANISTA-EXISTENCIAL. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, pp. 1 http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612003000100001&lng=es&tlng=es.
- De Dios Sánchez, M y Filardo Llamas. C (2020). *El trabajo Social Penitenciario: un acercamiento teórico a la praxis de l@s trabajador@s sociales en los centros penitenciarios españoles*. Documentos de Trabajo Social, núm. 62, pp. 157-172.

- El fracaso de los psiquiátricos penitenciarios en España. (3 de enero de 2021). *Acaip.es*
<https://www.acaip.es/noticias/medios-de-comunicacion/item/21946-el-fracaso-de-los-psiquiatricos-penitenciarios-en-espana>
- El sistema penitenciario español en la encrucijada: una lectura penitenciaria de las últimas reformas penales. Boletín Oficial del Estado, noviembre de 2019, pp. 39 a 51.
https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.boe.es/biblioteca_juridica/abrir_pdf.php%3Fid%3DPUB-DP-2019-152&ved=2ahUKEwiZpdnbv8PwAhUu7sIHRfCkUQFjALegQICRAC&usg=AOvVaw2IPOD80cTWB8bUCItW4OpY
- Fromm, E. (1990). The concept of mental health in Fromm's work. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, pp.157
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-92272009000200008&script=sci_arttext&tlng=en
- Gallizo, M. (2007). Estrategia global de actuación en Salud Mental. Ministerio del Interior, *Dirección general de instituciones penitenciarias*.
https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/boletinAgencia/boletin10/estudio_saludMental_medio_penitenciario.pdf.pdf
- Ley Orgánica General Penitenciaria 1/1979, de 26 de septiembre (BOE de 5 de Octubre de 1979). <https://www.boe.es/eli/es/lo/1979/09/26/1/con>
- López, V. (2019) Revista científica electrónica de psicología historia de la Salud Mental en España. *ResearchGate (PDF) REVISTA CIENTÍFICA ELECTRÓNICA DE PSICOLOGÍA HISTORIA DE LA SALUD MENTAL EN ESPAÑA*
researchgate.net
- López, O. (2020, 27 de mayo) *La población reclusa cae a mínimos históricos al bajar los delitos y frenarse los juicios*. El País.es
<https://elpais.com/espana/2020-05-27/la-poblacion-reclusa-cae-a-minimos-historicos-al-bajar-los-delitos-y-frenarse-los-juicios.html#:~:text=As%C3%AD%2C%20en%20enero%20de%202017,febrero%20eran%2050.449%20los%20internos.>
- Ministerio del Interior. *El Sistema Penitenciario Español*. Secretaría General de Instituciones Penitenciaras.
<https://prisionesformacion.com/wp-content/uploads/el-sistema-penitenciario-espanol.pdf>
- Mora, M^ªI. (Febrero, 2017). *Enfermos mentales en las prisiones ordinarias. Un Fracaso Para La sociedad Del Bienestar*. Asociación pro derechos humanos de Andalucía.
- Niño, A. C. N., Díaz, D. C., & Ramírez, L. F. (2017). *Trastorno mental en el contexto carcelario y penitenciario*. Carta comunitaria, núm. 25(143), pp. 77-88.

- Platón. <<Protágoras>> en *Obras completas de Platón*, Patricio Azcárate, t.2, Medina y Navarro Editores, Madrid, 1871, pp.35 y ss.
- PROTOCOLO DE APLICACIÓN DEL PROGRAMA MARCO DE ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMOS MENTALES EN CENTROS PENITENCIARIOS (PAIEM). (2009, septiembre). *Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Dirección General de Coordinación Territorial y Medio Abierto.* <https://consaludmental.org/publicaciones/PAIEM.pdf>
- Tubert, S. (2000). *Sigmund Freud: fundamentos del psicoanálisis*. Madrid: EDAF.
- Ubilla, Enrique. (2009). El concepto de salud mental en la obra de Erich Fromm. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 47(2), 153-162. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272009000200008>
- Una mesa redonda aborda la realidad de la salud mental en los centros penitenciarios españoles (2018, 26 de febrero). *Confederación SALUD MENTAL* *española.* <https://consaludmental.org/sala-prensa/actualidad/salud-mental-centros-penitenciarios/>
- Vicens-Pons, E. (2009). *Aproximación a la Metodología para el estudio de los Trastornos mentales en población penitenciaria: El estudio PreCao*. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, núm. 11(1), pp. 8-16.
- Zabala,C.(2016).Prevalencias Trastornos Mentales En Prisión:Análisis de la relación con delitos y reincidencia.Ministerio del Interior.Secretaría General Técnica http://www.interior.gob.es/documents/642317/1201664/Prevalencia_de_trastornos_mentales_en_prision_126170587_web.pdf/19568d3f-ffb3-4f28-9539-ca646e9cf475

11. Anexos.

● **Anexo 1. Programa de atención a enfermos mentales (PAIEM).**

Centro Penitenciario:	
Nombre y apellidos del interno:	
Módulo:	Fecha

NIVEL DE INTERVENCIÓN:	<input type="checkbox"/> Nivel 1	<input type="checkbox"/> Nivel 2	<input type="checkbox"/> Nivel 3
-------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

EVALUACIÓN DE HABILIDADES Y DISCAPACIDADES			
1.- Autocuidados: <ul style="list-style-type: none"> • higiene personal (lavarse, peinarse, vestirse) • higiene de la celda • hábitos de alimentación • cuidado de sus cosas personales 	<input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente
2.- Autonomía personal: <ul style="list-style-type: none"> • manejo de peculio • utilización de los recursos del centro <ul style="list-style-type: none"> - profesionales - actividades • autonomía en libertad <ul style="list-style-type: none"> - para coger transportes - para ir al trabajo o a consulta médica • capacidad para realizar trámites burocráticos 	<input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Frecuente <input type="checkbox"/> Frecuente <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Poco frecuente <input type="checkbox"/> Poco frecuente <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente
3.- Autocontrol: <ul style="list-style-type: none"> • manejo de situaciones de ansiedad o estrés • heteroagresividad (física y/o verbal) • autolesiones • riesgo de suicidio • adicciones 	<input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Antecedentes <input type="checkbox"/> Antecedentes <input type="checkbox"/> Antecedentes <input type="checkbox"/> Antecedentes	<input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Actual
4.- Relaciones interpersonales: <ul style="list-style-type: none"> • red social en el centro (amigos, compañeros) • red social en libertad (familia, amigos) • interés para participar en actividades grupales • aislamiento 	<input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Antecedentes	<input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Actual
5.- Funcionamiento cognitivo: <ul style="list-style-type: none"> • capacidad para hablar • claridad del habla • capacidad para iniciar conversaciones • capacidad de atención y percepción • capacidad en la resolución de problemas 	<input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente
6.- Medicación y tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> • conciencia de enfermedad • actitud ante el tratamiento • responsabilidad en la toma de medicación 	<input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente

● **Anexo 2. Guión De Las Entrevistas PAIEM.**

Nombre y apellidos del interno:			
PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACION - PIR			
1.- OBJETIVOS			
GENERALES:			
ESPECÍFICOS (concretos, priorizados, temporizados y formulados en términos de conducta):			
2.- ACTIVIDADES			
	DENOMINACIÓN	PROFESIONAL	HORAS-SEMANA
ACTIVIDAD Nº 1			
ACTIVIDAD Nº 2			
ACTIVIDAD Nº 3			
ACTIVIDAD Nº 4			
TOTAL HORAS-SEMANA			
3.- INTERNO DE APOYO: <input type="checkbox"/> NO			
<input type="checkbox"/> SÍ → Nombre y apellidos			
3.- SEGUIMIENTO: TUTOR:			
Fecha de la próxima evaluación multidisciplinar:			

En, a de de

Fdo.: El Coordinador del
Programa de Rehabilitación

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMOS MENTALES – PAIEM	
FICHAS DE EVALUACIÓN	1 – 6
CENTRO PENITENCIARIO DE	AÑO

1.- PROGRAMA DE ATENCIÓN CLÍNICA

1.1.- COORDINADOR / A DEL PROGRAMA

Nombre y apellidos	
Profesión	

1.2.- PREVALENCIA DE ENFERMEDAD MENTAL

INTERNOS PRESENTES EN EL CENTRO A FECHA 31 DE DICIEMBRE CON DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD MENTAL			
	SEXO		TOTAL
	H	M	
Nº INTERNOS CON UNO O MÁS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMEDAD MENTAL			
TRASTORNOS PSICÓTICOS			
TRASTORNOS AFECTIVOS			
TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD *			
PATOLOGÍA DUAL *			
OTROS DIAGNÓSTICOS **			

* Trastornos de la personalidad y patología dual: reflejar sólo el número de casos con diagnóstico psiquiátrico y que reciben tratamiento farmacológico.

** Otros diagnósticos: No considerar entre ellos las toxicomanías.

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMOS MENTALES – PAIEM	
FICHAS DE EVALUACIÓN	2 – 6
CENTRO PENITENCIARIO DE	AÑO

2.- PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

2.1.- COORDINADOR / A DEL PROGRAMA

Nombre y apellidos	
Profesión	

2.2.- COBERTURA

Señalar el número de internos con enfermedad mental que están incluidos en el Programa de Rehabilitación, según los Niveles de Intervención, a fecha 31 de diciembre.

INTERNOS CON ENFERMEDAD MENTAL PRESENTES EN EL PROGRAMA A FECHA 31 DE DICIEMBRE			
	SEXO		TOTAL
	H	M	
INTERNOS EN NIVEL 1			
INTERNOS EN NIVEL 2			
INTERNOS EN NIVEL 3			
TOTAL INTERNOS EN PROGRAMA			

2.3.- ACTIVIDADES

Se recogerán todos los datos de participación de los internos con enfermedad mental en las distintas actividades, excluyendo los permisos y las salidas a la comunidad que se recogen en el apartado del Programa de Reincorporación Social.

Se deberá remitir de forma separada la información de cada actividad, utilizando para ello el número de tablas que sean necesarias.

Un mismo profesional podrá intervenir en varias actividades (p. e. educación para la salud, actividades deportivas, técnicas de autocontrol y afrontamiento al estrés), debiendo reflejar esta información en la tabla correspondiente.

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMOS MENTALES – PAIEM	
FICHAS DE EVALUACIÓN	3 – 6
CENTRO PENITENCIARIO DE	AÑO

2.- PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

**A) ACTIVIDADES EN LAS QUE LOS ENFERMOS PARTICIPAN
CONJUNTAMENTE CON LA POBLACIÓN GENERAL**

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD													
PROFESIONAL RESPONSABLE													
NOMBRE Y APELLIDOS	PROFESIÓN	INSTITUCIÓN – ORGANIZACIÓN *											
NÚMERO DE INTERNOS CON ENFERMEDAD MENTAL QUE HAN PARTICIPADO EN LA ACTIVIDAD													
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	
PRESENTES A FIN DE MES													

* Institución/Organización de la que depende el profesional, que puede ser, IIPP, ONG/Entidad (indicar nombre), etc.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD													
PROFESIONAL RESPONSABLE													
NOMBRE Y APELLIDOS	PROFESIÓN	INSTITUCIÓN – ORGANIZACIÓN *											
NÚMERO DE INTERNOS CON ENFERMEDAD MENTAL QUE HAN PARTICIPADO EN LA ACTIVIDAD													
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	
PRESENTES A FIN DE MES													

* Institución/Organización de la que depende el profesional, que puede ser, IIPP, ONG/Entidad (indicar nombre), etc.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD													
PROFESIONAL RESPONSABLE													
NOMBRE Y APELLIDOS	PROFESIÓN	INSTITUCIÓN – ORGANIZACIÓN *											
NÚMERO DE INTERNOS CON ENFERMEDAD MENTAL QUE HAN PARTICIPADO EN LA ACTIVIDAD													
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	
PRESENTES A FIN DE MES													

* Institución/Organización de la que depende el profesional, que puede ser, IIPP, ONG/Entidad (indicar nombre), etc.

PRESENTES A FIN DE MES												
------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

* Institución/Organización de la que depende el profesional, que puede ser, IIPP, ONG/Entidad (indicar nombre), etc.

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMOS MENTALES – PAIEM	
FICHAS DE EVALUACIÓN	5 – 6
CENTRO PENITENCIARIO DE	AÑO

3.- PROGRAMA DE REINCORPORACIÓN SOCIAL

3.1.- COORDINADOR / A DEL PROGRAMA

Nombre y apellidos	
Profesión	

3.2.- ACTIVIDADES

A) MINUSVALÍA PSÍQUICA ACREDITADA

CASOS NUEVOS DE INTERNOS QUE HAN ACREDITADO SU CONDICIÓN DE MINUSVALÍA PSÍQUICA													
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NÚMERO DE INTERNOS													

INTERNOS CON CERTIFICADO DE MINUSVALÍA PSÍQUICA PRESENTES EN EL CENTRO A FECHA 31 DE DICIEMBRE			
	SEXO		TOTAL
	H	M	
NÚMERO DE INTERNOS			

B) SALIDAS A LA COMUNIDAD

Indicar el número de internos con enfermedad mental que cada mes han participado en salidas a la comunidad según modalidad.

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
SALIDAS CULTURALES Y OCIO													
SALIDAS FAMILIARES													
SALIDAS POR ESTUDIO													
SALIDAS POR TRABAJO													
SALIDAS PARA TRATAMIENTO*													

* Indicar las salidas para tratamiento a un centro de día o similar.

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMOS MENTALES – PAIEM	
FICHAS DE EVALUACIÓN	6 – 6
CENTRO PENITENCIARIO DE	AÑO

3.- PROGRAMA DE REINCORPORACIÓN SOCIAL

C) PERMISOS TERAPÉUTICOS

Indicar el número de internos con enfermedad mental que cada mes han salido de permiso terapéutico.

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NÚMERO DE INTERNOS													

D) DERIVACIONES A CENTROS COMUNITARIOS

Informar los casos de internos con enfermedad mental que acceden a un **centro comunitario para continuar la asistencia y tratamiento**, según la situación penal-penitenciaria:

- a) Medida de seguridad de **internamiento** en centro psiquiátrico **no penitenciario**, conforme al artículo 101 del Código Penal.
- b) Medida de seguridad de sumisión a **tratamiento externo** en centro médico o establecimiento de carácter socio-sanitario, conforme al artículo 105.1.a) del Código Penal.
- c) Libertad con derivación a Centro Socio-Sanitario de las CC.AA.

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
INTERNAMIENTO EN CENTRO PSIQUIÁTRICO NO PENITENCIARIO													
TRATAMIENTO EXTERNO EN CENTRO MÉDICO O SOCIOSANITARIO													
LIBERTAD CON DERIVACIÓN A CENTRO SOCIOSANITARIO DE LAS CC.AA.													

3.3.- ONGs - ENTIDADES

Aportar los datos relativos a las ONGs-Entidades que forman parte de la red social en la comunidad, de apoyo a enfermos y a sus familiares, y que intervienen de forma activa en el desarrollo del Programa.

NOMBRE DE LA ONG - ENTIDAD

● **Anexo 3. Entrevista al trabajador social de La Moraleja, Dueñas.**

1. ¿Cuáles son tus funciones dentro de la institución penitenciaria?
2. ¿Trabajas con las familias de los reclusos?
3. ¿Qué apoyos tienen los reclusos dentro de la institución?
4. ¿En qué momento empiezas a trabajar con los reclusos?
5. ¿Qué es lo que más demandan los reclusos?
6. ¿Consideras que los reclusos cuando finalizan su estancia en prisión tienen cubiertas las necesidades básicas fuera? ¿Los reclusos salen preparados para su entrada en el mundo laboral?
7. ¿Cómo fomenta el sistema la reinserción de los reclusos?
8. ¿Trabajas con usuarios dentro del centro penitenciario que tengan algún problema de salud mental?
9. ¿Están separados los reclusos con enfermedad mental de los que no la tienen? ¿Consideras que deberían de estar separados?
10. ¿Hay especialistas dentro del centro penitenciario que trabajen exclusivamente con personas que tengan enfermedad mental?
11. ¿Consideras que se cubren las necesidades de las personas que tienen problemas de salud mental?
12. ¿Cómo les afecta a las personas con enfermedad mental estar dentro de prisión?
13. ¿Las personas con enfermedad mental sufren exclusión dentro de la institución penitenciaria?
14. ¿Consideras que tienen más dificultad los reclusos con enfermedad mental de reinsertarse en la sociedad?
15. ¿Cómo mejorarías la situación de las personas que tienen una enfermedad mental dentro de prisión?
16. ¿Consideras que los reclusos con enfermedad mental deberían de estar en prisión?, ¿Por qué?
17. ¿Cuales son las patologías mentales más comunes?
18. ¿Debería haber módulos específicos para estas personas?