



Universidad
Francisco de Vitoria
UFV Madrid

**“LA ENFERMEDAD MENTAL EN LA DETERMINACIÓN DE LA PENA Y SU
CUMPLIMIENTO”**

AUTOR: LILIA MARIBEL MACHADO CUSI

TUTOR: JOSÉ MARÍA TRILLO FIGUEROA

TRABAJO FINAL DE GRADO

2019-2020

GRADO DE CRIMINOLOGÍA

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS

ÍNDICE DE FIGURAS

ABREVIATURAS

RESUMEN.....	1
1. INTRODUCCIÓN	2
1.1. Justificación del trabajo	4
1.2. Planteamiento del problema.....	5
2. OBJETIVOS.....	6
2.1. Objetivo general.....	6
2.2. Objetivo específico	6
3. MARCO TEÓRICO	7
3.1. Salud Mental	7
3.1.1 Definición de enfermedad mental.....	7
3.1.2 Epidemiología en la Salud Mental.....	9
3.2. Enfermedad mental en la ley penal y penitenciaria	10
3.2.1 La enfermedad mental en la legislación penal.....	11
3.2.2 La enfermedad mental en el sistema penitenciario.....	14
3.2.3 Críticas a la realidad del mandado constitucional de reinserción y reeducación social en relación con la aplicación de la normativa penal y penitenciaria.....	16
3.3. Relación entre prisión y enfermedad mental.....	19
3.3.1 Perfil del enfermo mental	20
3.3.2 Enfermedad mental relacionada con el consumo de estupefacientes.....	22
4. METODOLOGÍA DE LA INNOVACIÓN	23
4.1 Método.....	23
4.2 Diseño	24
4.3 Propuesta de análisis.....	33
5. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	33
6. CONCLUSIONES.....	42
7. LIMITACIONES DEL TRABAJO Y PROSPECTIVA	45
8. BIBLIOGRAFÍA	46

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Sistema Internacional de clasificación de trastornos mentales. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR).

Tabla 2. Normas legales relacionadas a las personas con discapacidad o enfermedad mental. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

Tabla 3. Normas legales relacionadas a las medidas de seguridad aplicadas en la enfermedad mental. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

Tabla 4. Normas legales relacionadas a las personas con discapacidad o enfermedad mental. Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria.

Tabla 5. Normas legales relacionadas a las personas con discapacidad o enfermedad mental. Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario.

Tabla 6. Normativa de Asistencia Sanitaria a reclusos con patología mental. Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria.

Tabla 7. Fases del programa Puente Extendido.

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Prevalencia de trastornos en la infancia.

Figura 2. Consumición de tranquilizantes o antidepresivos.

Figura 3. Consecuencias de la prisionización.

Figura 4. Distribución de población penitenciaria por sexos.

Figura 5. Distribución de población penitenciaria por edades.

Figura 6. Antecedentes psiquiátricos previos al ingreso en prisión.

Figura 7. Tipos de antecedentes psiquiátricos previos al ingreso en prisión.

Figura 8. Tratamiento de enfermos mentales siguiendo la normativa.

Figura 9. Programa Marco de la Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios.

Figura 10. Criterios respecto al PAIEM.

Figura 11. Plan individualizado de rehabilitación.

Figura 12. Situación penal de los reclusos.

Figura 13. Prevalencia de trastorno mental en prisión

Figura 14. Delitos cometidos por enfermos mentales en prisión.

ABREVIATURAS

ART: Artículo.

CE: Constitución Española.

CP: Código Penal.

LOGP: Ley Orgánica General Penitenciaria.

OMS: Organización Mundial de Salud.

PAIEM: Programa Marco de la Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios.

ROSEP: Red de Organizaciones Sociales del Entorno Penitenciario.

RP: Reglamento Penitenciario.

SGS: Subdirección General de Sanidad.

SGIP: Secretaria General de Instituciones Penitenciarias.

RESUMEN

Este Trabajo de Fin de Grado, se fundamenta en ser una investigación bibliográfica. Se irá seleccionando y a su vez, recopilando artículos y documentos de mayor interés; con el fin de poder analizar de forma crítica el conocimiento que se tiene respecto a la situación que en la realidad afrontan en los centros penitenciarios aquellas personas que padecen algún tipo de patología mental.

A su vez, se tendrá en cuenta las causas atribuidas al ingreso a un centro penitenciario, el tipo de asistencia sanitaria que recibe este colectivo, procediendo a determinar la prevalencia de programas de asistencia y tratamiento dirigidos a enfermos mentales.

Para poder determinar que el sistema penitenciario se encuentra ligado a la exclusión social, es de suma importancia analizar los efectos psicopáticos que produce el encarcelamiento en esta población especialmente vulnerable. Puesto que al ser un colectivo que de por sí ya sufre el rechazo por parte de la sociedad, su ingreso a un centro penitenciario agrava más la situación de exclusión social llegando a perjudicarlo en diversos ámbitos de su vida e integración social.

Palabras clave: patología mental, centro penitenciario, asistencia, programas, exclusión social.

1. INTRODUCCIÓN

La realización de una conducta socialmente inaceptable e inadaptada tiene como consecuencia el cumplimiento de una pena privativa de libertad. La permanencia en un centro penitenciario se va a transformar para el individuo que cumpla cualquier pena, como un sistema social alternativo donde “el preso no sólo vive en la prisión, sino que se ve obligado a vivir la prisión permanente y obsesivamente” (Aranda, 2009, p.6).

Por tanto, las prisiones no serán los lugares adecuados para el tratamiento de aquella población que sufra de alguna patología mental; puesto que existe un incremento del riesgo de que estas se agraven más. Como toda patología va a generar efectos tanto en la salud, en la sociedad, como en la economía, ocasionando mayor discapacidad, costes y riesgos de mayor exclusión social y reiteración delictiva.

El retraso de la rehabilitación designada parte en aquel individuo que sufre la pérdida de funciones psíquicas y habilidades siendo víctima de un aislamiento social por padecer una patología mental.

A nivel mundial se ha ido produciendo un incremento de enfermedades mentales. Sin embargo, este aumento no solo se contempla en la población general, sino que también se observa un crecimiento respecto a una población específica como es la penitenciaria.

A su vez, se va a dar un incremento cuando “se produce comorbilidad con el trastorno por consumo de sustancias, siendo este uno de los grandes problemas de salud en la institución penitenciaria en la actualidad” (Zabala Baños, 2016, p. 18).

Son diversas las causas de ingreso en un centro penitenciario de un enfermo mental. Sin embargo, la causa más común respecto a su ingreso se basa en la carencia de dispositivos alternativos relacionados al tratamiento de las distintas patologías que pueden acontecer al sujeto.

Por otro lado, nos percatamos que mucho de ellos se encuentran en prisión sin que sus sentencias condenatorias se estimase causa alguna de atenuación de la pena y por tanto sin diagnóstico alguno de enfermedad en el proceso penal. Muchos son diagnosticados por primera vez cuando entran en prisión; y la mayoría, ni siquiera allí. (Mora, 2007, p. 12)

De tal modo que, desde tiempos remotos los enfermos mentales vienen siendo considerados como “personas carentes de derechos y con pocas posibilidades de inclusión en la sociedad” (Cuadra, 2010, p.440). Donde la falta de acceso a los recursos sanitarios y laborales se va a relacionar con el estigma que se asocia a la enfermedad mental.

Los estudios de investigación respecto a la salud mental serán necesarios, puesto que aportan datos relevantes sobre el impacto que tienen las enfermedades mentales en la sociedad y en nuestro caso con la conducta delictiva. A través de estos, nos permite poder detectar las necesidades de esta población y dar paso a la evaluación respecto a la atención sanitaria y social que vienen recibiendo.

El marco teórico que se presenta a continuación trata de tener una visión clara sobre enfermedad mental y las distintas definiciones que se establecen teniendo como herramientas de información, los sistemas internacionales de clasificación de los trastornos mentales.

Posteriormente, se estudiará en profundidad la situación del Sistema Penitenciario y la legislación tanto penal como penitenciaria; determinando así aquellas penas privativas de libertad y las medidas alternativas que se encuentran estipuladas en la normativa.

Se aborda, las características del colectivo de enfermos mentales que se encuentran dentro de los centros penitenciarios, teniendo en cuenta además de la asistencia sanitaria, su respectivo tratamiento y la posibilidad de asistir a determinados programas complementándose con la propuesta de mejora de estos mismos en orden a generar las condiciones necesarias para su resocialización.

Por último, la finalización de este trabajo se va a centrar en plasmar las conclusiones desde el punto de vista criminológico, teniendo en cuenta toda la información a la cual se ha tenido acceso.

1.1. Justificación del trabajo

Teniendo la oportunidad de haber realizado las prácticas en “Fundación Manantial” se ha podido tener contacto y apreciar la realidad que afrontan durante mucho tiempo los enfermos mentales en los centros penitenciarios.

Este contacto se basa en la realización de determinadas actividades como son: el acompañamiento durante el horario conforme a los permisos de salidas, asistencia a los centros de inserción social, acompañamiento durante la realización de actividades diarias (hospitales, trámites a realizar), contacto con el entorno del individuo, etc.

Es así, que esta propuesta de Trabajo de Fin de Grado pretende analizar de manera crítica, la necesidad existente de poder mejorar la asistencia que reciben los enfermos mentales que se encuentren cumpliendo una pena privativa de libertad.

De igual manera, se pretende dar a conocer la realidad psiquiátrica en una población poco estudiada como es la penitenciaria. Para que un enfermo mental se encuentre en prisión caben tres supuestos: que la enfermedad pase inadvertida en todo el procedimiento penal, que la enfermedad se advierta, pero se entienda que el enfermo es imputable y que la enfermedad se haya detectado en el centro penitenciario.

Respecto a los supuestos de inimputabilidad penal a causa del padecimiento de una enfermedad mental se establecen las medidas de seguridad, las cuales son alternativas a la pena. Estas medidas se vienen cumpliendo en los establecimientos psiquiátricos penitenciarios o en centros de cumplimiento ordinario. Muchas veces en peor condición que las propias penas privativas de libertad.

Ante la falta de políticas preventivas o de los dispositivos asistenciales comunitarios que deberían de ser utilizados de manera prioritaria, muchas veces se tiene como única alternativa la pena privativa de libertad.

El estar privado de libertad de por sí ya es un factor estresante que poco a poco se encarga de que los niveles de ansiedad vayan aumentando, unido a los efectos de la prisionización. Posteriormente a esto, se van a ir generando largos periodos de aislamiento que se derivan de los sentimientos de frustración y rabia, y otras disfunciones conductuales del individuo; y a su vez, que conllevan que vaya empeorando el estado mental de la persona.

Se destaca que dentro de los centros penitenciarios no se realiza una asistencia y rehabilitación psicosocial de los enfermos mentales; dando lugar no a una recuperación, sino a una evolución negativa.

1.2. Planteamiento del problema

Los centros penitenciarios cuentan arquitectónicamente con la disponibilidad de espacios que son lugares de convivencia y a su vez, van a ser considerados como espacios que deben de favorecer a la rehabilitación de los internos.

Sin embargo, para las personas con enfermedades mentales, los centros penitenciarios no son el lugar adecuado para su correcta recuperación. La falta de medios y de coordinación entre la institución penitenciaria y los recursos comunitarios de salud mental y atención social, dificulta que la Institución Penitenciaria de una respuesta a las necesidades de estos internos que una vez puestos en libertad, en ocasiones se queda en un vacío asistencial.

Para poder garantizar la continuidad y equivalencia de la asistencia en las instituciones penitenciarias es básico contar con un programa de atención al enfermo mental adaptado a este medio que pueda abarcar la intensidad requerida por la patología del sujeto, y que a través de este se den respuestas respecto a las necesidades de este colectivo.

Se da lugar al análisis de la aplicación del Programa de Atención Integral al Enfermo Mental (PAEIM) en las prisiones españolas que será explicado más adelante.

2. OBJETIVOS

Tras la justificación y planteamiento del problema, este Trabajo de Fin de Grado persigue los siguientes objetivos, los cuales se van agrupando de forma general y específica.

2.1 Objetivo general

El objetivo general de este estudio se sitúa en dar a conocer la situación que padecen los reclusos que presentan algún tipo de trastorno mental. Debido a que existe una carencia importante de atención dirigida hacia este colectivo.

Además de la situación que padecen, nos enfocamos en la asistencia sanitaria y tratamiento-rehabilitación que están facultados a recibir por parte del personal determinado.

2.2 Objetivos específicos

- Análisis de la situación y perfil de enfermos mentales en los centros penitenciarios.
- Análisis de la normativa o jurisprudencia aplicada en determinados casos.
- Análisis de la asistencia sanitaria recibida.
- Identificar programas válidos para abordar los trastornos mentales en las prisiones.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Salud Mental

Según lo estipulado por la OMS, se define la salud como **“el estado de completo bienestar físico, mental, social y no solamente ausencia de afecciones o enfermedades”** (Organización Mundial de Salud [OMS], 2014, p.1).

Por tanto, se va a considerar que una persona se encuentra saludable, cuando se sienta bien física, mental y socialmente y además cuando todas sus estructuras corporales se encuentren entre de los límites considerados como normales.

Dicho lo anterior, se enfatiza, que **la salud mental implica que el individuo pueda explotar plenamente su potencial**, además de poseer un control que puede ser ejercido dentro de su entorno. Siendo así, el individuo asume una autonomía que le va a permitir afrontar y resolver sus problemas.

3.1.1 Definición de Enfermedad Mental

Se sabe a ciencia cierta que la salud y la enfermedad son conceptos totalmente opuestos y se viene construyendo el significado de uno en función del otro. Siendo así que, **“la salud tradicionalmente se ha representado como la ausencia de enfermedades e invalideces”** (Gavidia y Talavera, 2012, p.165).

Por otro lado, el término **enfermedad** es considerada como una **condición anormal**, siendo un proceso donde irán apreciando alteraciones locales las cuales van a provocar trastornos funcionales que requieren una evaluación y evolución constante y medible.

La OMS define el **trastorno mental** como **“fenómenos claramente anormales o patológicos, duraderos o recurrentes, y causantes de cierta angustia personal alteraciones del funcionamiento en una o más facetas de la vida”** (OMS, 2001, p. 21).

Para complementar la definición correspondiente, se recurre a un importante **sistema internacional de clasificación de los trastornos mentales** (ver tabla 1).

Tabla 1

Sistema internacional de clasificación de los trastornos mentales

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

(DSM-IV-TR)

Síndrome o patrón comportamental o psicológico, de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p.ej., dolor), **a una discapacidad** (p.ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad y no debe ser una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p.ej., la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica.

Ni el comportamiento desviado (p. ej., político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción.

Fuente: American Psychiatric Association. (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (p. XXIX). Texto revisado. Barcelona: Elsevier Masson.

Este sistema internacional de clasificación se ve complementado con la **Décima edición de la clasificación internacional de enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el comportamiento (CIE-10)**; el cual define el trastorno mental como aquella **presencia de un comportamiento o un conjunto de síntomas, que en la totalidad de casos se acompañan de malestar e interfieren en la actividad del individuo.**

Ambos sistemas anteriormente mencionados coinciden en que, el **trastorno mental es un síndrome de comportamiento que origina malestar en el individuo interfiriendo en su vida.** Abarcando a su vez una gama de síntomas que generalmente se caracterizan por la combinación de pensamientos, comportamientos y emociones.

Siendo importante acotar que el DSM-IV, ofrece una definición global del concepto de enfermedad mental, pero a su vez este manual va a concentrar una amplia relación de diferentes trastornos mentales que van siendo detectados en las diferentes etapas de desarrollo a lo largo de la vida.

3.1.2. Epidemiología en la Salud Mental

En la actualidad, los trastornos mentales son uno de los mayores retos en lo que respecta a la atención sanitaria, puesto que en los últimos años se ha ido incrementando la demanda frente a la atención por problemas de salud mental.

Según el último informe de la **Encuesta Nacional de Salud de España** (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social [MSCBS], 2017), **una de cada diez personas mayores de 15 años declaró haber sido diagnosticada de algún problema mental**. Dando como muestra los siguientes resultados:

- Los problemas de salud más frecuentes son la ansiedad y la depresión mostrándose en una misma proporción de un 6,7%. En ambos casos, es más del doble en mujeres (9,2%) que en hombres (4%).
- Un 5,4% de la población refiere haber acudido al psicólogo, psicoterapeuta o psiquiatra en los últimos 12 meses, 6,1% de las mujeres y 4,6% de los hombres.
- La prevalencia de depresión es el doble entre quienes se encuentran en situación de desempleo (7,9%) y los que están trabajando (3,1%).
- En la población infantil la prevalencia de trastornos de la conducta se da en los siguientes casos (ver figura1):

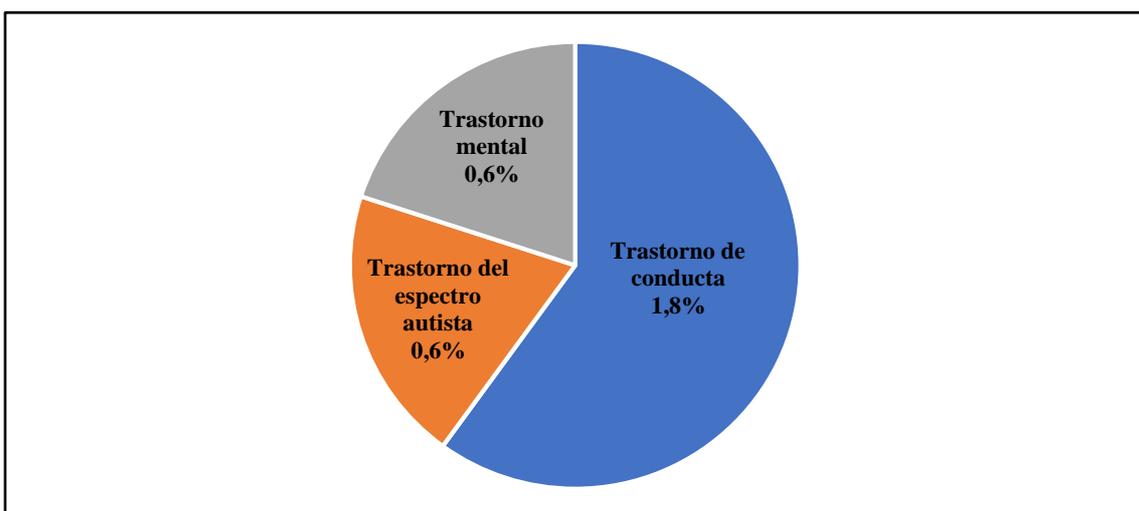


Figura 1: Prevalencia de trastornos en la infancia.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017). Encuesta Nacional de Salud, España 2017 (p.11).

- Respecto a la ingesta de estimulantes se estable (ver figura 2):

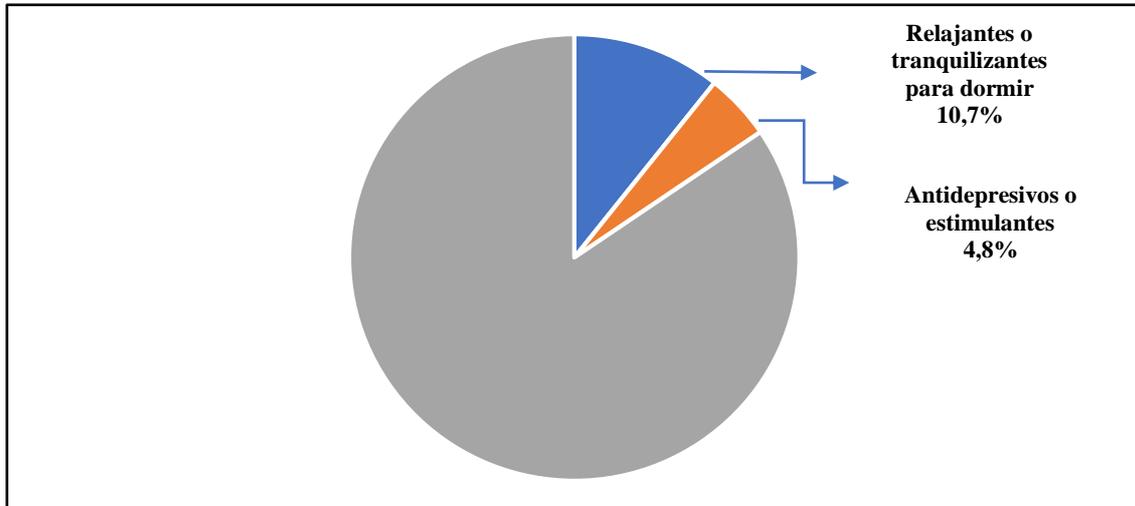


Figura 2: Consumición de tranquilizantes o antidepresivos.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017). Encuesta Nacional de Salud, España 2017 (p.30).

3.2 Enfermedad mental en la legislación penal y penitenciaria

La Constitución española (CE) en su artículo 25.2 establece lo siguiente:

Las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y la reinserción social y no podrán consistir en trabajos forzados.

El condenado a pena de prisión que estuviere cumpliendo la misma gozará de los derechos fundamentales de este Capítulo, a excepción de los que se vean expresamente limitados por el contenido del fallo condenatorio, el sentido de la pena y la Ley penitenciaria. En todo caso, tendrá derecho a un trabajo remunerado y a los beneficios correspondientes de la Seguridad Social, así como el acceso a la cultura y al desarrollo integral de la personalidad (Constitución Española [CE], 2018, p.6).

A su vez, en el art.15 de esta misma, establece que no se podrá someter a ningún individuo a torturas ni a penas o tratos inhumanos puesto que se debe de respetar el derecho a la vida y a la integridad física y moral de la persona.

Existen diversos motivos por el cual una persona puede ser ingresada en un centro penitenciario. Respecto a aquellos individuos que padecen de una patología mental, se recalcan **motivos importantes** que serán explicados a continuación.

La primera radica que **durante la tramitación de la causa penal con frecuencia la enfermedad mental pasa desapercibida** y esto se debe principalmente a que existe **una ausencia de conciencia de enfermedad por la parte imputada**, donde no se procede a comunicar sobre el padecimiento de dicha patología o incluso se llega a ocultar la situación.

Otra situación parte que, durante la determinación de una **patología psiquiátrica** se han llevado a cabo todas las pruebas necesarias. Sin embargo, **no se considera como una causa de inimputabilidad**. Muchos de los delitos que comenten los individuos con trastorno mental, no dependen siempre de la enfermedad en sí, sino de sus condiciones de vida. Por tanto “cualquier enfermo mental es ante todo una persona, incluida en el contexto concreto y con una historia concreta, de la que la enfermedad no es sino una parte, aunque la condicione a menudo tan negativamente” (Espinoza Iborra, 1997, p.15).

Dentro de las normas respecto al espacio penal - penitenciario en España, existen determinados artículos que afectan al régimen y tratamiento de todas aquellas personas que padecen de alguna discapacidad en el ámbito penal-penitenciario.

Las tres normas que abarca el espacio penal-penitenciario en España son: **la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (CP), la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria (LOGP) y el Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario (RP)**.

3.2.1 La enfermedad mental en la legislación penal

El Código Penal (CP) español se encuentra recogido en la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre. **La enfermedad mental** respecto a la regulación de esta normativa abarca distintos aspectos relevantes como son: **el grado de responsabilidad criminal, las sanciones correspondientes, las medidas alternativas a la pena, etc.**

Teniendo en cuenta determinados artículos, realizamos énfasis en la aplicación de estos mismo respecto al colectivo de enfermos mentales presentes en Código Penal (Ley Orgánica del Código Penal [CP], 1995):

Tabla 2

Normas legales relacionadas a las personas con discapacidad o enfermedad mental

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal

Artículo 20

Están exentos de responsabilidad criminal:

1º El que, al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier **anomalía o alteración psíquica**, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión.

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

Artículo 21

Son circunstancias atenuantes:

1º Las causas expresadas en el capítulo anterior, cuando no concurrieren todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad en sus respectivos casos.

Artículo 60

1º Cuando, después de pronunciada sentencia firme, se aprecie en el penado una situación duradera de trastorno mental grave que le impida conocer el sentido de la pena el Juez de Vigilancia Penitenciaria suspenderá la ejecución de la pena privativa de libertad que se le hubiera impuesto, garantizando que reciba la asistencia médica precisa, para lo cual podrá decretar la imposición de una medida de seguridad privativa de libertad de las previstas en este Código que no podrá ser, en ningún caso, más gravosa que la pena sustituida.

Si se tratase de una pena de distinta naturaleza, el Juez de Vigilancia Penitenciaria apreciará si la situación del penado le permite conocer el sentido de la pena y, en su caso, suspenderá la ejecución imponiendo las medidas de seguridad que estime necesarias.

El Juez de Vigilancia comunicará al ministerio fiscal, con suficiente antelación, la próxima extinción de la pena o medida de seguridad impuesta, a efectos de lo previsto por la disposición adicional primera de este Código.

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

Tras la exposición de los artículos anteriores, se deduce que estamos frente a **dos tipos de eximentes: una eximente completa**, que considera a la persona inimputable puesto que en el momento de la comisión del delito no contaba con la capacidad suficiente para entender su accionar y **una eximente incompleta**, donde la enfermedad mental será considerada como atenuante de la pena.

Una vez que el Juez de Vigilancia ha decidido entre sancionar el delito o tratar la enfermedad y eximir de la pena al que la padece, la respuesta que el Código Penal da al sujeto declarado inimputable es lo que se conoce como **medida de seguridad** (ver tabla 3), es decir, medidas alternativas a la pena de prisión (CP, 1995):

Tabla 3

Normas legales relacionadas a las medidas de seguridad aplicadas en la enfermedad mental

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal

Artículo 96

1º Las medidas de seguridad que se pueden imponer con arreglo a este Código son privativas y no privativas de libertad.

2º Son medidas privativas de libertad:

1. **El internamiento en centro psiquiátrico.**
2. El internamiento en centro de deshabitación.

El internamiento en centro educativo especial.

Artículo 97

Durante la ejecución de la sentencia, el Juez o Tribunal sentenciador adoptará, por el procedimiento establecido en el artículo siguiente, alguna de las siguientes decisiones:

- a) Mantener la ejecución de la medida de seguridad impuesta.
- b) Decretar el cese de cualquier medida de seguridad impuesta en cuanto **desaparezca la peligrosidad criminal del sujeto.**

Sustituir una medida de seguridad por otra que estime **más adecuada**, entre las previstas para el supuesto de que se trate.

Artículo 101

1º Al sujeto que sea declarado exento de responsabilidad criminal conforme al número 1.º del artículo 20, se le podrá aplicar, si fuere necesaria, la medida de internamiento para tratamiento médico o educación especial en un establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie, o cualquier otra de las medidas previstas en el apartado 3 del artículo 96.

El internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si hubiera sido declarado responsable el sujeto, y a tal efecto el Juez o Tribunal fijará en la sentencia ese límite máximo.

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

3.2.2 La enfermedad mental en el sistema penitenciario

La institución penitenciaria entre sus funciones destaca “**el mandato constitucional de facilitar la reeducación y reinserción de los reclusos, lo cual incluye la prestación de atención social y sanitaria**” (Comité Español de Representación de Personas con Discapacidad [CERMI], 2019, p.30).

En referencia al régimen de vida, la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria (Ley Orgánica General Penitenciaria [LOGP], 1979) y el Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario (Reglamento Penitenciario [RP], 1996) determinan que (ver tabla 4 y tabla 5):

Tabla 4

Normas legales relacionadas a las personas con discapacidad o enfermedad mental

Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria

Artículo 7

Los establecimientos penitenciarios comprenderán:

- a) Establecimientos de preventivos.
- b) Establecimientos de cumplimiento de penas.
- c) **Establecimientos especiales.**

Artículo 10

1º (...), existirán establecimientos de cumplimiento de régimen cerrado o departamentos especiales para los penados calificados de peligrosidad extrema o para casos de inadaptación a los regímenes ordinario y abierto, apreciados por causas objetivas en resolución motivada, **a no ser que el estudio de la personalidad del sujeto denote la presencia de anomalías o deficiencias que deban determinar su destino al centro especial correspondiente.**

La permanencia de los internos destinados a estos centros será por el **tiempo necesario hasta tanto desaparezcan o disminuyan las razones o circunstancias que determinaron su ingreso.**

Artículo 11

Los **establecimientos especiales** son aquellos en los que prevalece el carácter asistencial y serán de los siguientes tipos:

- a) Centros hospitalarios.
- b) **Centros psiquiátricos.**
- c) Centros de rehabilitación social, para la ejecución de medidas penales, de conformidad con la legislación vigente en esta materia.

Artículo 16

Cualquiera que sea el centro en el que tenga lugar el ingreso, se procederá, de manera inmediata, a una completa separación, teniendo en cuenta el sexo, emotividad, edad, antecedentes, **estado físico y mental** y, respecto de los penados, **las exigencias del tratamiento.**

En consecuencia: los que presenten **enfermedad o deficiencias físicas o mentales** estarán separados de los que puedan seguir el régimen normal del establecimiento.

Fuente: Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria. Boletín Oficial del Estado.

Tabla 5

Normas legales relacionadas a las personas con discapacidad o enfermedad mental

Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario

Artículo 184

El ingreso en estos Establecimientos o Unidades Psiquiátricas penitenciarias se llevará a cabo en los siguientes casos:

- a) Los detenidos o presos con patología psiquiátrica, cuando la autoridad judicial decida su ingreso para observación, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Enjuiciamiento Criminal durante el tiempo que requiera la misma y la emisión del oportuno informe. Una vez emitido el informe, si la autoridad judicial no decidiese la libertad del interno, el Centro Directivo podrá decidir su traslado al Centro que le corresponda.
- b) Personas a las que por aplicación de las circunstancias eximentes establecidas en el Código Penal les haya sido aplicada una medida de seguridad de internamiento en centro psiquiátrico penitenciario.

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

Teniendo en cuenta las disposiciones legales mencionadas, no se encuentra ninguna lógica a que una persona con trastorno mental cumpla una pena privativa de libertad en prisión. Sin embargo, al carecer de recursos en la comunidad como son los establecimientos de salud mental y estos al encontrarse totalmente masificados, la única salida se encuentra en ser ingresados en los centros penitenciarios.

3.2.3 Críticas a la realidad del mandado constitucional de reinserción y reeducación social en relación con la aplicación de la normativa penal y penitenciaria.

Mediante el art. 25.2 de la CE, sabemos que dentro de los centros penitenciarios no se da el cumplimiento de este mismo. No se centra en llevar a cabo la reinserción y reeducación social, sino todo lo contrario, **se antepone la vigilancia, el control y la disciplina.**

La exclusión sufrida por las personas que se encuentran privadas de libertad, desde que hacen su ingreso en el centro penitenciario según César Manzanos (como se citó en Cabrera Cabrera, 2002) se pueden dividir en 5 etapas:

- La primera etapa se habla de una **ruptura con el mundo exterior**, lo que hace que se encuentre privado de todo tipo de contacto, estímulos y comunicación; encontrándose en una situación de indefensión.
- La segunda etapa hace referencia a la **inadaptación social y desidentificación personal**, donde se da una pérdida de identidad.
- Estando ya dentro del centro penitenciario se da paso a la **adaptación al centro adquiriendo determinados valores y actitudes disciplinarias**.
- Las **relaciones familiares** se ven afectadas produciéndose un **desapego**.
- Finalizado el cumplimiento de la pena privativa de libertad, al salir de prisión esta población afrontan dificultades para poder conseguir un trabajo, a causa del **estigma existente en la sociedad**.

Tanto el proceso de inadaptación social junto con el de prisionización generan la aparición de determinadas conductas que van a repercutir durante el periodo estipulado para el cumplimiento de una pena privativa de libertad trayendo consigo numerosas consecuencias (ver figura 3):

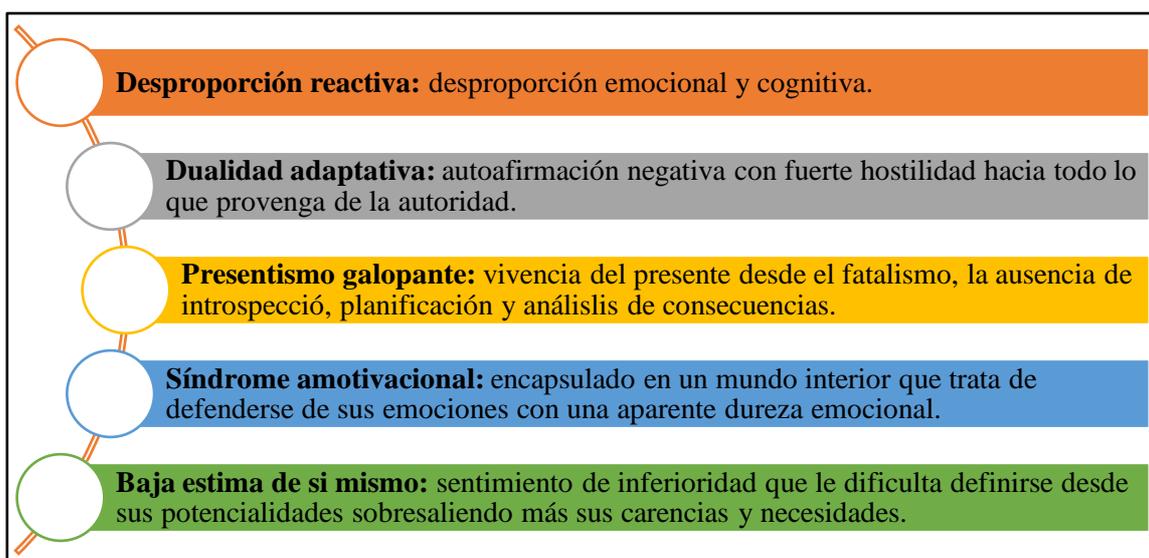


Figura 3: Consecuencias de la prisionización.

Fuente: Segovia Bernabé, J.L. Consecuencias de la prisionización (p.11).

En las normas legales que abarcan a los enfermos mentales que cumplen con una sentencia firme, durante los procedimientos penales **muchos pasan desapercibidos** y cuando se da su ingreso en prisión la mayoría de este colectivo no ha sido diagnosticado en función a su patología.

En muchas ocasiones, al no abordar su situación psiquiátrica, son designados a módulos ordinarios donde son objeto de manipulación y viven episodios de violencia por parte del resto de internos.

Tanto el Código Penal como el Reglamento Penitenciario, contemplan determinadas medidas para brindar una respuesta a la situación de los enfermos mentales, dando como **posibilidades la aplicación del régimen abierto o la excarcelación**. Sin embargo, las prácticas de estas medidas son muy reducida.

El intentar aplicar el art. 60 del CP, sería como la lanzarnos al abismo, puesto que al **carecer de recursos pertinentes** y de entidades que trabajen expresamente con enfermos mentales; la posibilidad que el Juez de Vigilancia proceda a la suspensión de la ejecución de la pena es incierta.

El único lugar al que puedan ser derivados, **el centro psiquiátrico penitenciario**, se encuentra en condiciones deplorables; donde el estilo de vida de aquel que se encuentre en dicho establecimiento suele ser peor de las condiciones en la que vive cualquier recluso. No solo se debe a la razón de la enfermedad, sino que se engloba a raíz del marco jurídico administrativo donde desarrolla su estancia.

Dentro de este marco, se restringe a esta población garantías de las que si dispone el resto de la población reclusa y a su vez “se remite a órganos netamente regimentales decisiones que para cualquier otro interno de las prisiones españolas son resueltas por órganos de tratamiento” (Barrios Espinosa, 2007, p. 496).

De cara a la aplicación de una medida seguridad, el Juez de Vigilancia podría optar por otra alternativa como sería el recibir asistencia médica en un lugar más adecuado; sin embargo, la Administración aún no procede a la creación de estos recursos asistenciales sociosanitarios.

Así se cuente con determinados recursos jurídicos que posibiliten la salida de los enfermos mentales de prisión, habría que asegurarnos primero, que estos reciban tanto la medicación como la terapia pertinente. De manera que a su salida puedan dar paso al acceso de una atención especializada y poder clasificados en tercer grado.

3.3 Relación entre prisión y enfermedad mental

En diversos estudios realizados, se ha descubierto que la mayoría de los internos correspondientes a este colectivo **responden al tipo del individuo excluido y marginado socialmente**. Además de presentar “un nivel cultural muy bajo, casi analfabeto, carecen de recursos económicos y tampoco disfrutan de formación profesional” (Sánchez Bursón, 2001, p.5).

Tras su permanencia en el centro penitenciario y una vez puesto en libertad, el tratamiento que estaban siguiendo se ve interrumpido puesto que “no establecen contacto con el servicio de salud mental de referencia, y a menudo no volverán a estar en tratamiento hasta que vuelven a prisión, tras la recaída se da la repetición de las conductas delictivas...” (Hernández y Espinosa, 2000, p.737).

Lo que se puede llegar a resumir es que nos encontramos frente a “un conjunto de individuos plenamente marginados o, como mínimo, en peligro de exclusión social, cuya enfermedad mental se suma al estigma de ser delincuentes. A toda esta situación se le suma la ausencia en aquel momento de cualquier tipo de mecanismo de reinserción social postpenitenciaria” (Cerezo y Díaz, 2016, p.9).

2.3.1 Perfil del Enfermo Mental

La Dirección General de Instituciones Penitenciarias (Dirección General de Instituciones Penitenciarias [DGIP], 2006) elaboró un informe sobre el perfil de individuos con patologías en prisión, teniendo en cuenta todos los centros penitenciarios exceptuando los hospitales psiquiátricos.

La población penitenciaria respecto al sexo demuestra un predominio por los hombres (ver figura 4) y en cuanto a la edad la presencia de enfermos mentales se da entre los 25 a 40 años (ver figura 5).

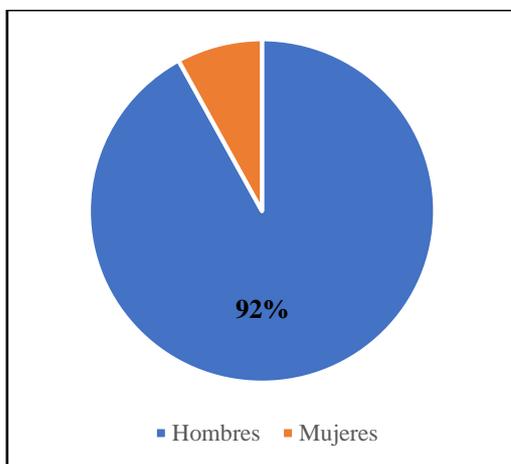


Figura 4: Distribución de población Penitencia por sexos.

Fuente: Dirección General de Instituciones Penitenciarias (2006). Estudio sobre salud Mental en el medio penitenciario (p.6). Ministerio del Interior.

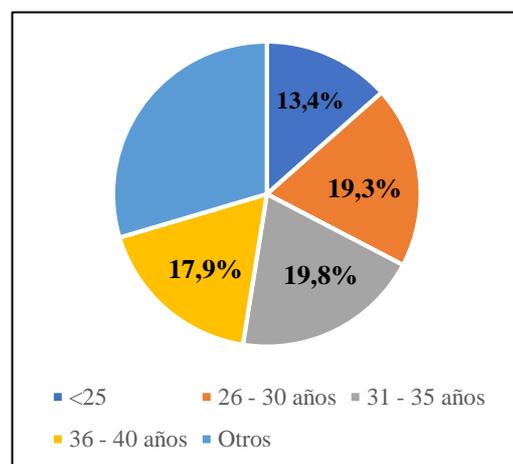


Figura 5: Distribución de población penitenciaria por edades.

Fuente: Dirección General de Instituciones Penitenciarias (2006). Estudio sobre la salud Mental en el medio penitenciario (p.6). Ministerio del Interior.

Previo al ingreso en el centro penitenciario, el 17,6% de los internos han presentado antecedentes psiquiátricos (ver figura 6). Y el tipo de antecedentes que se padece refleja un alto porcentaje respecto a la dependencia a las drogas siendo un 44,2%, seguido de un 9,6% correspondiente a la patología dual (ver figura 7).

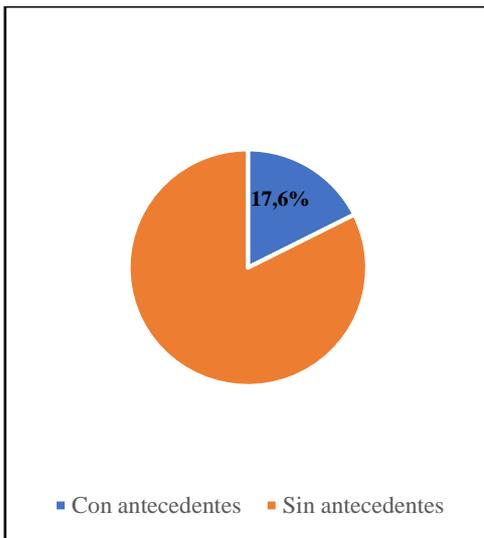


Figura 6: Antecedentes psiquiátricos previos al ingreso en prisión.

Fuente: Dirección General de Instituciones Penitenciarias (2006). Estudio sobre salud Mental en el medio penitenciario (p.6). Ministerio del Interior.

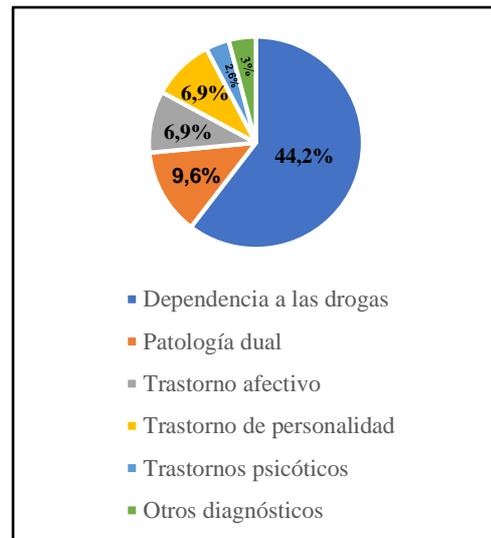


Figura 7: Tipos de antecedentes psiquiátricos previos al ingreso en prisión.

Fuente: Dirección General de Instituciones Penitenciarias (2006). Estudio sobre Salud Mental en el medio penitenciario (p.6). Ministerio del Interior.

Por otro lado, el Defensor del Pueblo andaluz, José Chamizo de la Rubia, (como se citó en Cerezo y Díaz, 2016) determina que las características sociales de este grupo de personas giran en torno a cuatro consideraciones: se trata con personas con un nivel cultural muy bajo, casi analfabeto; con un nivel económico muy bajo; cuya formación profesional era mínima; predominando los supuestos en que concurría la ausencia de un apoyo familiar concreto.

Arroyo-Cobo (como se citó en Zabala Baños, 2016) resalta que muchos de los que pertenecen a este colectivo han padecido en su infancia abusos, malos tratos y abandonos. Presentas además de un deterioro en sus capacidades funcionales para el desempeño de sus actividades diarias, siendo vulnerables al estrés y presentando además de mala salud física, dificultades en las relaciones y vivienda inestable.

Respecto al entorno familiar cabe destacar que en la mayoría de los casos “son familias desestructuradas con pocos recursos materiales y con una falta de conciencia y sensibilización de los trastornos mentales” (García Aldana, 2017, p.19).

La mayoría de estos reclusos van a encontrar en los centros penitenciarios la salvación a su enfermedad mental, puesto que sienten que si ellos están dentro del establecimiento su familia va a estar mejor. Sin embargo, el carecer de apoyo por parte de sus familias dificulta la preparación para la reinserción.

Es verdad que las condiciones en las que viven y las acciones que realizan los llevará a ser ingresados en un centro penitenciario, sin embargo, esto se presentará como un beneficio para ellos puesto que dentro del establecimiento pueden “ser atendidos médicamente y recibir la asistencia farmacológica que precisan, de tal modo, que es más fácil detectar y controlar la enfermedad dentro de la cárcel que fuera de ella” (Sánchez Bursón, 2001, p.8).

3.3.2 Enfermedad Mental relacionada con el consumo de estupefacientes

Dentro de las prisiones se cuenta con un alto porcentaje de internos que sufren de algún tipo de patología que genera una situación de exclusión y a esto se suma la aparición de patologías duales causadas por la adicción a estupefacientes.

La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas en su Plan Nacional sobre Drogas del 2017, realiza cada 5 años una encuesta a los internos de las instituciones penitenciarias sobre salud y consumo de drogas. La última encuesta que se llevó a cabo en el año 2016 presenta los siguientes resultados:

- El 29,9% de los internos ha sido diagnosticado alguna vez de un trastorno mental y el 27,9% está actualmente en tratamiento con medicación psiquiátrica. **El 10,6% de los internos está actualmente en tratamiento con medicación psiquiátrica y ha consumido alguna droga ilegal en prisión.**
- El porcentaje de consumidores (en libertad) de todas las drogas ilegales es más elevado en la población penitenciaria que en la población general. La población penitenciaria empieza a consumir drogas a edades más tempranas que la población general.

- **El 71% de la población penitenciaria ha consumido alguna vez en su vida una droga ilegal.** El consumo está más extendido entre los hombres, entre los más jóvenes, entre los españoles y entre los penados.
- El 21% de los internos ha consumido alguna droga ilegal estando en prisión (últimos 30 días), habiendo consumido 2 o más drogas el 4,1%. Siendo **el cannabis la sustancia ilegal más consumida en prisión** en un 19,4%. (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas [DGPNSD], 2017, p.15)

Respecto a la patología dual, las asociaciones más potentes entre trastornos mentales y adicciones en prisión se establecen (Grupo de trabajo [sobre Salud Mental en prisión [GSMP], 2012, p. 201):

- Trastorno de personalidad y la dependencia (opiáceos)
- Depresión y ansiedad impulsan al abuso de sustancias
- Trastorno psicótico y uso de psicoestimulantes.

Para tener un manejo adecuado sobre los pacientes con patología dual se debe de tener en cuenta determinados factores que radican en la conducta desorganizada, impredecible, agresiva y autolesiva que puede presentar el interno. Además de síntomas relacionados a la ansiedad y depresión.

4. METODOLOGÍA

4.1 Método

Respecto al tema de este trabajo, para poder marcar el objeto de estudio, se presentó la dificultad de encontrar toda información necesaria; sin embargo, conforme se iba realizando la búsqueda de información se pudo obtener una amplia gama de ideas. Para poder llegar a los objetivos estipulados, se realiza una revisión bibliográfica contrastando datos de diversas fuentes como artículos de distintos autores, legislación disponible, informes de diferentes instituciones, libros, revistas electrónicas, etc.

La autora de este trabajo ha ido proporcionando y recopilando diversos documentos para que sea posible una contrastación de información de manera más amplia. Es verdad, que se tuvo en cuenta algunos libros, sin embargo, estos mismos no completaban la información que se buscaba y que se consideraba necesaria.

4.2 Diseño

Teniendo en cuenta lo dicho en los apartados anteriores, se estipula que este trabajo realizado a seguido una serie de pautas:

1. Revisión de bibliografía sobre determinadas definiciones y etimología referentes al tema principal.
2. Estudio del sistema penal y penitenciario respecto a los enfermos mentales en los centros penitenciarios.
3. Perfil del enfermo mental y la determinación que la enfermedad guarde relación con el alcohol o drogas.
4. Búsqueda del tipo de asistencia sanitaria que recibe esta población.
5. Búsqueda de determinados tratamientos y programas dirigidos a enfermos mentales.

Ahora bien, los tres primeros apartados que se hacen mención han sido desarrollados y comentados en el apartado perteneciente al marco teórico. Por tanto, en el apartado siguiente desarrollaremos todo lo que guarde relación con el tipo de asistencia sanitaria recibida, el tratamiento correspondiente y el programa de asistencia correspondiente que se viene desarrollando, siendo así capaces de elaborar una propuesta de análisis.

Asistencia sanitaria de enfermos mentales

En lo que respecta a lo promulgado en la **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad** (Ley General de Sanidad [LGS], 1986) queda establecido a través de su **art. 20** que lo conforme a la salud mental en el sistema sanitario general que abarca a los enfermos mentales se han desarrollado determinados **principios**:

- Toda atención que se realice se llevará a cabo en el ámbito comunitario llegando a **potenciar los recursos asistenciales a nivel ambulatorio**.
- Aquellos pacientes que requieran de hospitalización, éstos se harán por medio de las **unidades psiquiátricas** de los hospitales generales.
- Para garantizar una atención integral a los problemas que puedan afrontar los enfermos mentales, se van a desarrollar **servicios de rehabilitación y reinserción social adecuados**.
- Se procura cubrir los aspectos de **prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales** que acompañan a la pérdida de salud en general.

Aquellos reclusos que se encuentran cumpliendo una pena privativa de libertad y además padecen de una patología mental, en cuanto a la asistencia sanitaria se sigue una legislación competente. Es así como dentro de la LOGP (LOGP, 1979) se establecen los siguientes artículos (ver tabla 6):

Tabla 6

Normativa de Asistencia Sanitaria a reclusos con patología mental

Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria

Artículo 36

1º En cada centro existirá al menos un **médico general con conocimientos psiquiátricos** encargado de cuidar de la salud física y mental de los internos y de vigilar las condiciones de higiene y salubridad en el establecimiento.

Artículo 37

Para la prestación de la asistencia sanitaria todos los establecimientos estarán dotados:

- a) De una enfermería, que contará con un número suficiente de camas, y estará provista del material clínico, instrumental adecuado y productos farmacéuticos básicos para curas de urgencia e intervenciones dentales.
- b) **De una dependencia destinada a la observación psiquiátrica** y a la atención de los toxicómanos.
- c) De una unidad para enfermos contagiosos.

Artículo 39

Los **diagnósticos psiquiátricos** que afecten a la situación penitenciaria de los internos **deberán realizarse por un equipo técnico, integrado por un especialista en psiquiatría, un médico forense y el del establecimiento**, acompañándose en todo caso informe del equipo de observación o de tratamiento.

Fuente: Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria. Boletín Oficial del Estado.

Para Hernández y Espinosa (Hernández y Espinosa, 2000, p. 733) la **atención psiquiátrica** de las personas privadas de libertad con patología mental debe de asumir determinadas premisas:

- La base del sistema sanitario de la prisión se encuentra constituida por un **equipo de atención primaria, formado por médicos, enfermeros y personal auxiliar cualificado**.
- Todo equipo de atención deberá de contar con suficiente personal para asegurar un mínimo de atención ambulatoria y de urgencias para poder realizar planes de **detección precoz de los problemas psiquiátricos o preventivos**.
- Todo equipo de atención es el responsable de la detección, **tratamiento inicial y si es posible da resolución a la mayor parte de los problemas de salud mental** que sucedan en la prisión.
- Es fundamental la **formación continuada** de los equipos de atención primaria de la prisión, para que se pueda realizar con mayor confianza el tratamiento oportuno de los problemas de salud mental.
- En los **casos más graves**, es recomendable que el enfermo sea trasladado a la **Unidad de Psiquiatría del Hospital más próximo**, de la red sanitaria general.

Muy a parte de la asistencia que se plantea que debe de ser recibida dentro de los centros penitenciarios, la LOGP regula a través de su art. 73 que “el condenado que haya cumplido su pena y el que de algún otro modo haya extinguido su responsabilidad penal deben ser plenamente reintegrados en el ejercicio de sus derechos como ciudadanos” (LOGP, 1979, p.17). Siendo los organismos competentes los encargados de prestar tanto a los internos como a sus familias a la asistencia social necesaria y correspondiente.

Tratamiento en enfermos mentales

Como primicia se parte que, todo aquel que hace su **ingreso** en un centro penitenciario tendrá que ser sometido a una **anamnesis médica y a un protocolo de ingreso** donde se realiza un **historial clínico** de cada interno; si se tratase de un reingreso, se procede a realizar una actualización de la historia clínica.

Por parte de los servicios médicos “se practica una exploración médica, se confecciona una historia clínica básica y se formaliza una breve encuesta de información socio-sanitaria. También, a veces, se solicita serología” (Defensor del Pueblo Andaluz, Chamizo de la Rubia, 2013, p. 61). Este procedimiento médico se verá complementado con una **entrevista** donde se cuenta con la presencia de un médico, asistente social y educador.

Es la **Junta de Tratamiento** quienes se van a encargar de elaborar un diagnóstico referente a la personalidad criminal y un pronóstico de tratamiento que puede ir variando conforme el ritmo del cumplimiento de la condena.

La LOGP en su art. 71 estipula que “**el fin primordial** del régimen de los establecimientos de cumplimiento es lograr en los mismos el **ambiente adecuado para el éxito del tratamiento**; en consecuencia, las funciones regimentales deben ser consideradas como medios y no como finalidades en sí mismas” (LOGP, 1979, p.16).

Sin embargo, en la realidad todos estos controles a realizar se ven limitados debido a que la **masificación de los centros penitenciarios impide que se lleve a cabo una intervención individualizada**.

Al igual que la asistencia sanitaria que es recibida dentro de los centros penitenciarios, se tiene en cuenta el tipo de tratamiento (ver figura 8) a los que puede acceder este colectivo, Cutiño (Cutiño, 2001, p.33) expresa que este se da de una forma muy minoritaria.

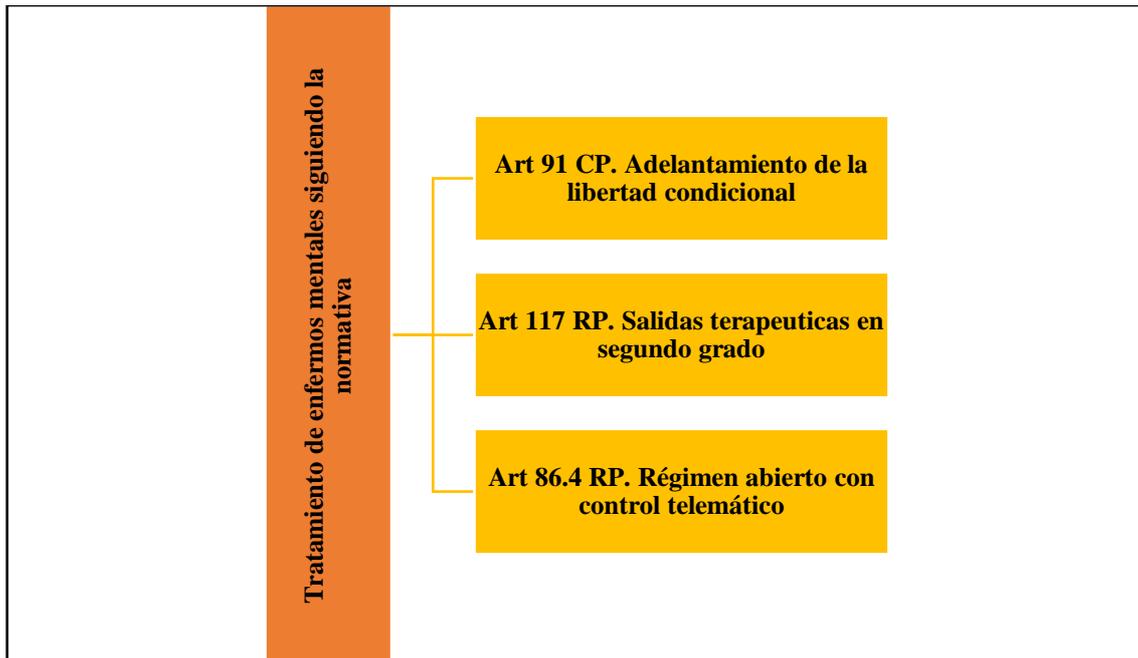


Figura 8: Tratamiento de enfermos mentales siguiendo la normativa.

Fuente: Cutiño, S. (2001). Algunos datos sobre la realidad del tratamiento en las prisiones españolas (p. 33). Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología. ISSN 1695-0194.

El problema principal respecto al tratamiento que se localiza para los enfermos mentales y para poder acceder a estos mismos, radica en que mucho de los internos **no llegan a cumplir con todos los requisitos** que se establecen como es el caso de la libertad condicional.

En este tipo de tratamiento o medida uno de los requisitos que se establece es que el interno debe de encontrarse clasificado en tercer grado; sin embargo, **no suelen alcanzar dicha clasificación ya que presenta dificultades para vivir en régimen abierto**, teniendo como consecuencia la carencia de responsabilidad respecto a este estilo de vida.

Otro requisito indispensable que permite conceder la libertad condicional es el haber cumplido con unas determinadas actividades culturales, laborales u ocupacionales, pero es en este caso que **los enfermos mentales suelen ser privados al acceso de la mayoría de las actividades.**

Conforme a los permisos de salida, también se encuentran dificultades ya que en la mayoría de los casos existe una **desvinculación de familiares o son escasas las instituciones que desean encargarse de su custodia**. Al no existir otras alternativas para proceder a los permisos de salida, los enfermos tienen que permanecer más tiempo en los centros penitenciarios pero teniendo en cuenta que su permanencia no puede exceder al límite establecido en la ley.

Programa Marco de la Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios.

El Sistema Penitenciario tiene como objetivo ético y profesional la mejora a la atención de los enfermos mentales, siendo así que a través de la creación de **PAIEM (Programa Marco de la Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios)** se aborda todas las directrices (ver figura 9) sobre la que los profesionales están de acuerdo en trabajar para dar una asistencia correcta a los problemas de salud mental presentes en prisión.



Figura 9: Programa Marco de la Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios.
Fuente: Sanz, J. Gómez-Pintado, P. Ruiz, A. Pozuelo, F. Arroyo, JM. (2014). Programa de Atención Integral al Enfermo Mental en las prisiones españolas (PAEIM). Valoración tras cuatro años de funcionamiento (p. 92). Revista Española de Sanidad Penitenciaria.

Para poder acceder a la aplicación del programa de intervención este se ve propagado por el cumplimiento de **criterios para una inclusión**, además de tener en cuenta a aquel colectivo el cual es excluido del programa (ver figura 10).

Criterios de inclusión en el PAIEM

- Presencia de sintomatología conductual que interfiere en la vida penitenciaria de un interno con trastorno mental grave estabilizado

Criterios de exclusión en el PAIEM

- Deficiencia mental
- Trastornos inducidos por el uso de sustancias psicoactivas en exclusiva.

Figura 10: Criterios respecto al PAIEM

Fuente: García López, V. (2019). Programas específicos de tratamiento en las prisiones españolas: control de la agresión sexual, atención integral a enfermos mentales y unidades terapéuticas y educativas (p.191). Revista de Estudios Socioeducativos.

Teniendo como objetivo “la integración social del interno para que sea capaz física, psíquica y socialmente de hacer frente a las situaciones con las que se enfrente de la forma más autónoma posible” (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias [SGIP], 2009, p.5) estamos frente a la realidad que la intervención de este programa se basa en un modelo asistencial teniendo en cuenta **la atención clínica, rehabilitación y reincorporación social**.

Nos centramos en la línea de actuación referente a la **rehabilitación**, donde con el fin de potenciar las capacidades de cada individuo se procede a la realización de un programa individualizado de rehabilitación llevando a cabo el estudio de cada enfermo mental con el fin (ver figura 12):

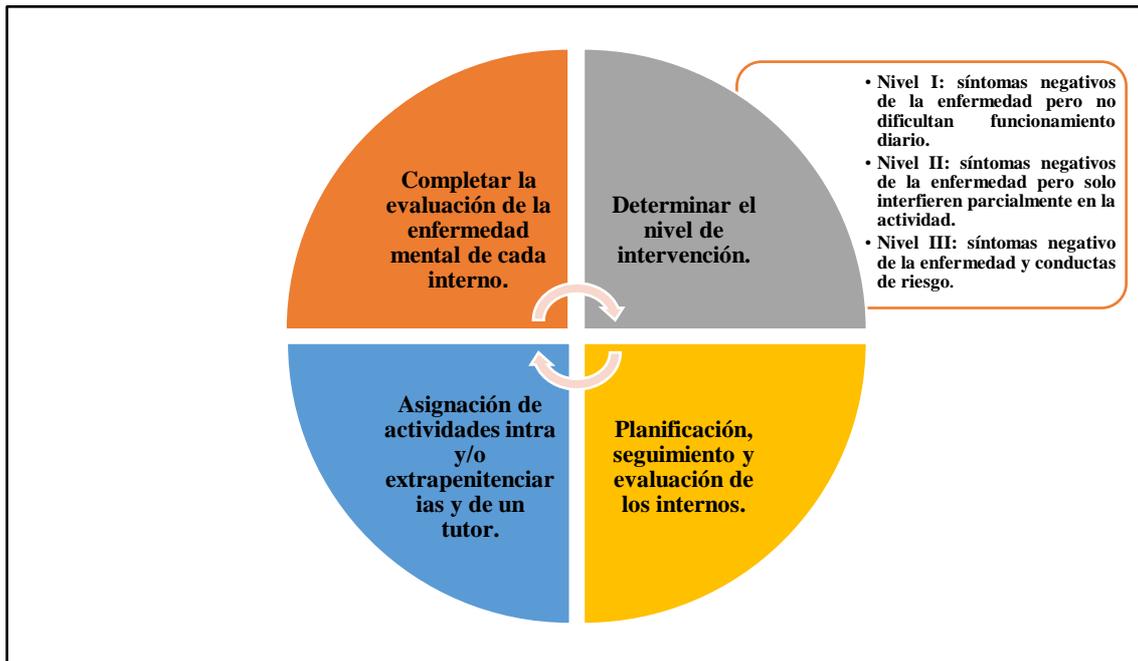


Figura 11: Plan individualizado de rehabilitación.

Fuente: Colás Jordán, M. (2012). Programa de intervención: propuesta de mejora al programa de atención integral a enfermos mentales en el centro penitenciario de Teruel (Tesis de grado) (p.8). Universidad de Zaragoza, España.

Programa Puente Extendido

La SGIP da paso a la creación del Programa de Unidades Puente como complemento del PAIEM el cual debe de facilitar la reinserción social de aquellos enfermos mentales que cumplen una condena en **régimen de tercer grado y libertad condicional**.

El Programa Puente Extendido se concentra en ser un programa que tiene como destino a personas con enfermedad mental que mediante la participación de distintos programas pueden cumplir penas y medidas alternativas.

Su objetivo principal es entonces el poder **detectar de forma temprana** la enfermedad mental lo cual le permitirá mejorar su salud y **un acceso a dispositivos socio-sanitarios** para así evitar el ingreso en prisión y evitar nuevas judicializaciones. Este objetivo se verá complementado a través del cumplimiento de determinadas fases (ver tabla 7):

Tabla 7

Fases del Programa Puente Extendido

Fase 1: Declaración voluntaria de problema de salud

La declaración voluntaria permite transmitir cualquier tipo de dificultad que se presente para el cumplimiento de la pena o de la medida impuesta. Además, se cuenta con la intervención de un profesional para poder realizar la evaluación y la actualización de la situación de salud que se afronta.

Fase 2: Taller de evaluación inicial

El taller de evaluación inicial (TAEVI) sigue una determinada estructura:

- Entrevista de cribado de trastorno mental.
 - Módulo de actividades complementarias:
 - Derivación al centro de salud
 - Derivación a unidad de salud mental
 - Nueva revisión
 - Módulo corto para evaluación y planificación de intervención (COEPI).
-

Fase 3: Programa de duración media para evaluación e intervención

Se basa en un conjunto de programas asistenciales donde se realizarán las intervenciones psicosociales que han sido planificadas en el módulo COEPI. Las personas deben ser atendidas en los programas siempre en función de sus necesidades particulares.

Fuente: Secretaria General de Instituciones Penitenciarias (2018). Programa PUENTE EXTENDIDO (p.17 al 23). Salud Mental en penas y medidas alternativas. Ministerio del Interior.

Propuesta de análisis

Habiendo desarrollado un marco teórico enfocado a las distintas definiciones que engloba el concepto de enfermedad mental, a la legislación y a la realidad que hacen frente los enfermos mentales en los centros penitenciarios respecto a la asistencia y el tratamiento que escasamente reciben; daremos paso al análisis correspondiente de cada dato que se ha sido proporcionando y a su vez contrastar cada información recibida.

Siendo así de suma importancia el reflejar estadísticas obtenidas a través de la Secretaría General, además de enfatizar porque siendo los enfermos mentales considerados como un colectivo inimputable siguen cumpliendo medidas privativas de libertad cuando el cumplimiento de toda medida correspondería a realizarse en los centros psiquiátricos correspondientes a su patología que presentan.

Además, es importante hacer frente al estigma social recibida tanto dentro de los centros penitenciarios como cuando ya son puestos en libertad. Cada uno de los individuos pertenecientes a esta población, se verán limitados a la realización de las actividades tanto laborales como educativas por solo padecer una enfermedad mental.

5. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En España, según los últimos datos de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP, 2018) presente en el Informe Anual 2018, la población penitenciaria asciende a 50.521 internos, respecto al género 92,4% son hombres. Y teniendo en cuenta situación penal (figura 12) se establece:

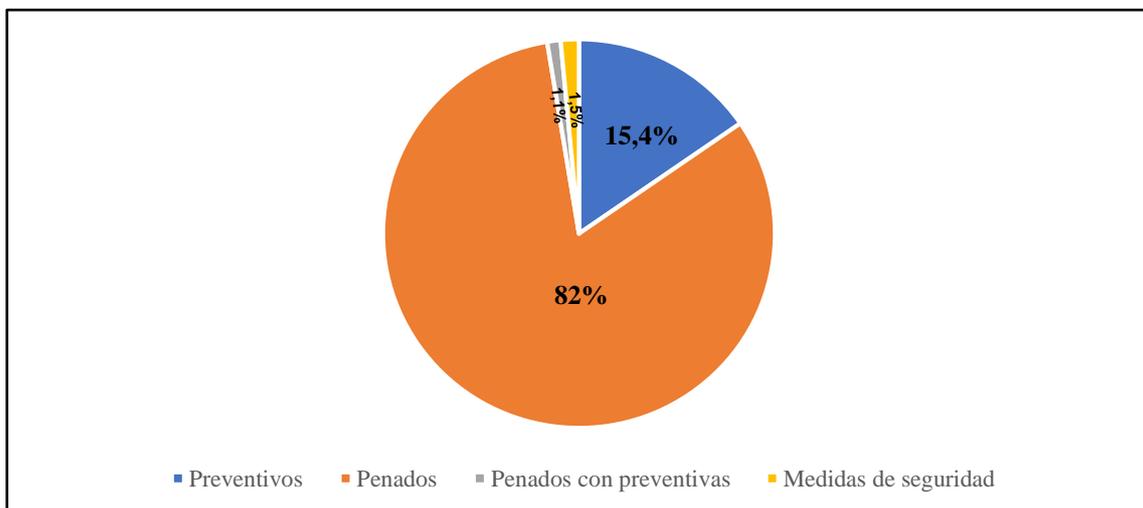


Figura 13: Situación penal de los reclusos.

Fuente: Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2018). Informe General 2018. Ministerio del Interior.

Un estudio realizado por **ROSEP** (Red de Organizaciones Sociales de Entorno Penitenciario [ROSEP], 2015) establece que la prevalencia de trastornos de salud mental en prisión se sitúa entre 2 y 7 veces por encima de la población general dando como resultado un 25,6% (ver figura 13). Además, dentro de los delitos que son cometidos por este colectivo, el mayor porcentaje recae sobre el delito de robo (ver figura 14).

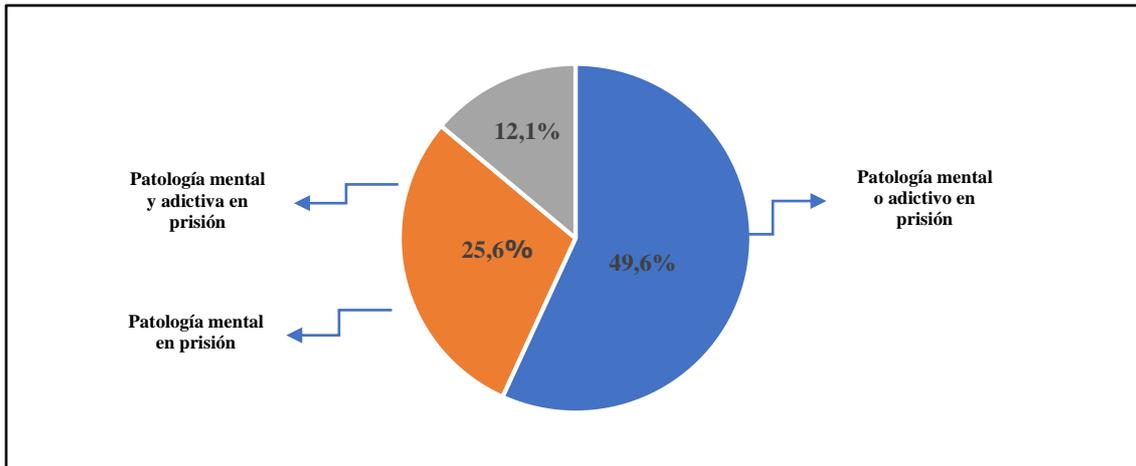


Figura 13: Prevalencia de trastorno mental en prisión.

Fuente: Red de Organizaciones Sociales del Entorno Penitenciario (2015). Estudio de la realidad penal y penitenciaria: una visión desde las entidades sociales (p. 57). Informe ROSEP 2015 del observatorio del entorno penitenciario.

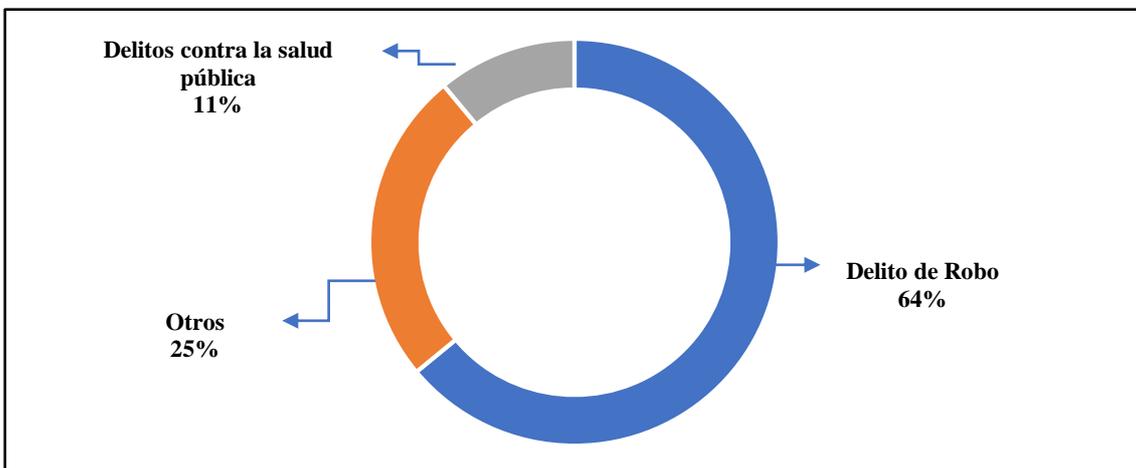


Figura 14: Delitos cometidos por enfermos mentales en prisión.

Fuente: Red de Organizaciones Sociales del Entorno Penitenciario (2015). Estudio de la realidad penal y penitenciaria: una visión desde las entidades sociales (p. 57). Informe ROSEP 2015 del observatorio del entorno penitenciario.

Desde el punto de vista de los valores jurídicos presentes en un Estado Social, debido a la abundante presencia en los centros penitenciarios de enfermos mentales se resquebrajan los principios fundamentales conforme al bienestar, puesto que se estaría atentando con los valores de libertad y la dignidad humana del colectivo más vulnerable dentro de la sociedad.

El CP conforme a lo que se recoge en su **art. 25** estipula que se considera **discapacidad** a “aquella situación en que se encuentra una persona con **deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales** de carácter permanente que, al interactuar con diversas barreras, puedan limitar o impedir su participación plena y efectiva en la sociedad...” (LOCP, 1995, p.9).

Al artículo anterior se le suma además que toda persona con discapacidad será aquella que “tenga o no judicialmente **modificada su capacidad de obrar**, requiera de asistencia o apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica...” (LOCP, 1995, p.9). Este apoyo que se requiere va conforme a las tomas de decisiones que guardan relación con su persona o intereses producidas para la deficiencia mental que se manifiesta con carácter permanente.

Lo que se pretende destacar en el apartado anterior es la “sensibilización” que se tiene hacia este colectivo, sin embargo, no se corresponde con la verdadera realidad que afrontan aquellos que son judicializados.

Por el contrario, la realidad es que se sigue instando a la Administración Penitenciaria a que ejecute medidas no privativas de libertad (libertades vigiladas, principalmente), o muchos de estos enfermos pasan absolutamente desapercibidos y son condenados -en el ámbito de la comisión de delitos menos graves o leves- a penas de trabajos en beneficio de la comunidad, o a penas de prisión, que les son suspendidas, a cambio de su intervención en un programa de diversa índole, como regla de conducta de obligado cumplimiento. (SGIP, 2017, p. 7)

El uso desproporcionado de la pena privativa de libertad provoca que se obtenga un problema importante respecto a la sobrepoblación de internos en los centros a los cuales son designados. Siendo obligados, en muchos casos, a compartir celdas cuando deberían de ocupar un espacio individual.

Según la normativa correspondiente al Código Penal, toda persona que padezca de un trastorno mental durante la comisión del delito será declarada como inimputable, por lo que al no corresponder su ingreso en un centro penitenciario se recurre a la aplicación de medidas de seguridad establecimiento psiquiátrico.

La finalidad de toda medida de seguridad como lo indica Ortiz (como se citó en Confederación de Salud Mental España [FEAFES], 2015) se funda en asegurar que la persona objeto de las medidas **no vuelva a afectar a la víctima** de su eventual delito en el futuro, además de desarrollar una **función terapéutica** puesto que el delito fue producido cuando la persona padecía problemas de salud mental.

Por otro lado, conviene también tener en cuenta que la legislación penal no contempla la posibilidad de adopción del internamiento como medida cautelar, lo que determina la aplicación de la prisión provisional, y, por tanto, de nuevo, el ingreso de las personas con discapacidad psicosocial e intelectual presuntamente inimputables como presas preventivas en centros penitenciarios ordinarios, pese a que la sentencia vaya previsiblemente a decantarse por la aplicación de una medida de seguridad. (CERMI, 2019, p. 79)

Conforme a lo descrito respecto a la **asistencia sanitaria** que recibe este colectivo, estamos frente a una asistencia con enormes carencias puesto que, en la mayoría de los casos, la prestación de cualquier tipo de asistencia que se requiera dependerá de los profesionales que se encuentren involucrados y al no existir una relación estrecha y una coordinación de estos mismos con organizaciones o administraciones imposibilita dar respuesta a las necesidades de esta población.

En cuanto a lo estipulado en la LOGP, cabe destacar que según lo expuesto en su art. 36, el equipo sanitario contempla como herramienta fundamental **la presencia de un médico general** que a su vez puede solicitar la colaboración de determinados especialistas.

Dentro del grupo de los especialistas que pueden ser solicitados, la **figura del psicólogo es primordial** ya que llegan a ser considerados como el pilar fundamental de los enfermos mentales en prisión. Sin embargo, su figura se ve limitada al no ejercer la función que realmente les corresponde.

Todo psicólogo debe de desarrollar funciones de **atención a los cuidados que sugiera cada interno prevaliéndose de los aspectos psicopatológicos que presente cada uno**. Sin embargo, por falta de medios y de profesionales, la realidad es que son los que se encargan de **determinar la clasificación en los distintos grados de régimen y computar la peligrosidad** de los internos teniendo como consecuencia que no se ofrezca una asistencia adaptada realmente a una rehabilitación social.

A lo dicho en el apartado anterior se le suma que se debe de contar con **la presencia de un psiquiatra de forma periódica**. Sin embargo, algunos centros no cuentan con la dicha presencia y en otros centros solo se pueden atender necesidades de prescripción farmacológica.

Al carecer de medidas respecto a redes asistenciales, el proceso de reinserción en el ámbito social del enfermo mental se verá perjudicado ya que muchos de ellos al no tener un tratamiento adecuado vuelven a ser reingresados en los centros penitenciarios.

En cuanto al **tratamiento**, en contra de lo establecido en la LOGP de que el régimen es un medio para alcanzar el buen fin del tratamiento, la realidad es que el tratamiento en gran medida se convierte en un recurso de disciplina, es decir se destina más para garantizar el régimen interior de convivencia que a alcanzar de manera efectiva a resocialización.

El interno tiene que acatar a las normas establecidas adquiriendo una conducta conveniente y su desviación condiciona el tratamiento al enfocarse muchas de las medidas del mismo como una recompensa por la buena conducta que por la finalidad reinsertadora que debería servir de inspiración.

Además, su participación en diferentes actividades se debe de ver propiciada con el fin de obtener unas mejores condiciones de vida. Pero si el individuo opta por una conducta inadaptada, sus condiciones van a empeorar y en la medida de lo posible sus derechos se verán restringidos.

Para un enfermo mental que cumple condena en una prisión ordinaria, su **tratamiento se verá limitado ya que generalmente no se sigue ninguna estructura y ningún tipo de planificación**, exceptuando el suministro de fármacos. Salvo cuando les es aplicado un programa específico.

Siendo **la Junta de Tratamiento** la encargada de elaborar un pronóstico de tratamiento individualizado que puede ir variando conforme el ritmo del cumplimiento de la condena, a través de un estudio de Ríos Martín y Cabrera Cabrera (como se citó en Cutiño, 2001, p. 8) se tiene como resultado lo siguiente:

- El 21% de las personas encuestadas tuvo una propuesta de tratamiento individualizado, **siendo el 72% las personas que respondieron que no habían recibido ninguna propuesta.**
- **El 9% afirma que no tuvo ninguna entrevista con el Equipo Técnico** y el 13% sólo ha tenido una, siendo lo más frecuente haber disfrutado dos o tres entrevistas durante toda la condena.
- **El 71% de las personas contestó que sus entrevistas duraron menos de 10 minutos** y sólo un 2% tuvo entrevistas de más de 20 minutos, siendo el tiempo medio total empleado en cada persona durante **toda su condena de 80 minutos.**
- El pedagogo y el criminólogo no han visto físicamente a casi ninguna de las personas encuestadas. **Y a casi un 70% el psicólogo no la ha visto nunca o sólo una vez al año.**

- **El educador es el que tiene más contacto personal** con la población reclusa pero aun así no llegan ni a la mitad las personas que afirman que reciben su visita al menos semanalmente.

El único momento en el que se va a dar una individualización es durante el ingreso del individuo en el centro penitenciario. Durante el cumplimiento de la pena privativa de libertad no suelen tener contacto con los equipos técnicos y cuando este contacto se genera suelen darse a través de entrevistas de duración cortas, lo que tiene como consecuencia el no realizarse un análisis a fondo.

Para determinar la evolución del tratamiento y proceso de resocialización de la pena que se encuentra cumpliendo una interno, radica en la observación de su conducta dentro del establecimiento. Esta observación es llevada a cabo por los funcionarios de vigilancia que a través de la normativa “deberían dirigir su actividad hacia la resocialización y buscar una coordinación con las actividades tratamentales” (Cutíño, 2001, p. 9). Sin embargo se dedican al control disciplinario y no suelen contar con una formación adecuada.

Por tanto, todo tratamiento evolucionará de manera positiva siempre y cuando se observe en el interno un comportamiento adecuado y un cumplimiento de las normas disciplinarias; llegándose a generar una confusión entre los objetivos del régimen penitenciario y los fines del tratamiento.

En el cumplimiento de medidas de seguridad en prisiones ordinarias la situación se agrava al no existir recursos tratamentales y no corresponder la aplicación de los beneficios penitenciarios establecidos para la pena privativa de libertad. Lo que muchas veces lleva a una situación de peor derecho de los enfermos mentales que cumplen dichas medidas de seguridad.

No se realiza ningún seguimiento ni el enfermo ni de su familia por parte de los equipos de trabajo social que van a ser considerados e imprescindibles durante el proceso de rehabilitación.

La enfermería está pensada para una permanencia de periodos cortos, sin embargo, la gran parte de enfermos mentales durante su estancia penitenciaria permanecen en este recinto, siendo esta el lugar menos adecuado para el cumplimiento de un tratamiento. Estamos hablando de una instalación donde el ambiente en el que se vive es de **desmotivación, ociosidad y apatía; donde no existen tareas ni actividades que realizar.**

Una vez finalizado el cumplimiento de la pena, la situación del enfermo mental entra en conflicto ya que **no se realizan funciones de integración ni medidas para asegurar la acogida del enfermo mental en su entorno.**

El estudio PRECA, en su informe de prevalencia de trastornos mentales en centros penitenciarios españoles, asegura que para garantizar la continuidad del tratamiento se deben de planificar servicios que tenga en cuenta “las necesidades a largo plazo de estos sujetos, por lo que para este propósito es de mayor utilidad el uso de los datos de prevalencia vida” (GRUPO PRECA, 2011, p.9). Puesto que los estudios basados en la prevalencia de período “tienden a subestimar la tasa de trastornos mentales, así como las necesidades de salud de la población para cada trastorno” (GRUPO PRECA, 2011, p. 10).

Conforme a la definición de **estigma** se establece la referencia en dos aspectos sociales. Por un lado, como precondition “las diferencias entre las personas se tienen que notar, han de ser consideradas pertinentes y se han de etiquetar en consecuencia” (Arniz y Uriarte, 2006, p. 50). Además, para que se puedan desplegar consecuencias nocivas se requiere que “el grupo estigmatizador tiene que estar en una situación de más poder que el grupo estigmatizado” (Arniz y Uriarte, 2006, p.50).

Una realidad que resulta ser ignorada es el problema que afronta este colectivo frente al **estigma social** recibido. Por un lado, afrontan y experimentan los síntomas de la enfermedad en sí y, por otro lado, el simple hecho de haber estado en prisión resulta más estigmatizante que la propia enfermedad en sí.

El Ararteko (como se citó en FEAFES, 2015), defensor del Pueblo del País Vasco destaca que situaciones como la hostilidad a proporcionar apoyo a las personas con trastorno mental y antecedentes penales, la falta de coordinación de los medios de atención pública, lentitud con los medios jurídicos, reticencias en la cobertura asistencial a estas personas, etc, dan lugar a **situaciones de discriminación y vulneración de los derechos humanos.**

Determinados los programas dirigidos a enfermos mentales como son el PAIEM y el Puente Extendido, anteriormente analizados, para que se puedan conseguir resultados positivos, es importante combinar dentro de las actividades, tanto el entretenimiento como la mejora de las habilidades de cada interno, como elementos de ordenación del tiempo durante la privación de libertad.

Respecto a la evaluación del programa que se sigue, es conveniente el realizar una evaluación tanto en el momento de inicio como en el final de este. Así mismo, es apropiado realizar una evaluación de seguimiento a la finalización de cada sesión para que de esta forma se pueda detectar y prevenir cualquier problema que dificulta el correcto desarrollo del programa.

6. CONCLUSIONES

A lo largo del trabajo de investigación realizado, teniendo en cuenta el objeto de estudio se puede concluir que el porcentaje de internos con enfermedad mental es mayor a la población general.

El optar por el ingreso en un centro penitenciario de un enfermo mental es una medida errónea para llevar a cabo la reinserción que hace referencia la CE en su art. 25.2, ya que se estaría agravando más la patología que se padece.

Conforme al diagnóstico de toda patología mental, esta puede ser detectada previo ingreso al centro penitenciario o una vez que el interno ya se encuentre cumpliendo una pena privativa de libertad como consecuencia de toda presión y desequilibrio emocional en el que se encuentra viviendo.

Sin embargo, la falta de peritajes o de conocimiento por parte de los jueces o fiscales hace que los enfermos mentales muy a menudo participen de un proceso penal tratado como personas no enfermas teniendo como resultado que no se lleve a cabo un juicio real sobre la imputabilidad que le acontece.

El aumento del ingreso de los enfermos mentales en los centros penitenciarios se debe a que por más que tengan una consideración especial en el CP como es el de la inimputabilidad y la aplicación de una medida de seguridad de internamiento en un centro psiquiátrica, está en gran parte de los casos se cumple en los centros penitenciarios ordinarios sin los recursos tratamientos suficientes.

En muchas ocasiones, al no abordarse su situación psiquiátrica a tiempo, son designados a módulos ordinarios donde son objeto de manipulación y viven episodios de violencia por parte del resto de internos. O al carecer de un recurso asistencial adecuado para el manejo de aquellos enfermos mentales que no pueden hacer vida normal penitenciaria, especialmente aquellos enfermos mentales que presentan una conducta inadaptada y agresiva son derivados a las enfermerías donde no se recibe un tratamiento adecuado para la patología que se padece.

Este incremento de ingresos en los centros penitenciarios se encuentra relacionado también con la falta de recursos por parte del Sistema Penitenciario frente a una población reclusa que crece exponencialmente con el tiempo. Y además los recursos con los que cuentan las Administraciones Publicas en materia de asistencia y tratamiento de la salud mental son escasos.

Por tanto, para reducir la alta demanda de ingresos de enfermos mentales en los centros penitenciarios y dar una respuesta correcta frente la asistencia que se requiere, se deberá de establecer una relación entre el servicio de atención primaria de la prisión y un psiquiatra que pueda acudir al centro con la periodicidad para dar respuesta a las necesidades que se determinen.

Muchas veces al no contar con medios necesarios para la prevención, tratamiento ambulatorio o el internamiento en los centros de salud, corren un riesgo potencial de tener una conducta delictiva ya que no se recibe el tratamiento oportuno y no son asistidos ni controlados.

Respecto al perfil de los individuos con patología mental que se encuentra cumpliendo una pena privativa de libertad destacamos que normalmente suelen ser personas de muy bajos recursos, con un nivel cultural muy bajo y con familias desestructuradas donde se han podido ser víctimas de malos tratos durante la infancia; lo cual va a ir generando un deterioro en sus capacidades funcionales.

Los centros penitenciarios al no ser lugares adecuados para esta población penitenciaria se aborda la posibilidad de poner en marcha recursos penitenciarios específicos para que de esta manera de facilite una atención adecuada; permitiendo que todo interno se acoja a una rehabilitación psicosocial.

Todo tratamiento penitenciario debe de estar orientado en alcanzar la resocialización, este debe de ser individualizado, continuo y voluntario. Ningún interno podrá ser obligado a participar en las actividades correspondientes al tratamiento. Y es el profesional encargado de propiciar la participación en el tratamiento para que a través de esta forma se puedan obtener mejores condiciones de vida.

Sin embargo, dentro de la población de enfermos mentales se imposibilita el acceso completo a un tratamiento ya que la mayoría no suele cumplir con los requisitos determinados; como es el caso de poder acceder al tercer grado, se ve limitado puesto que van a presentar dificultades para vivir en régimen abierto y no existen recursos asistenciales adecuados para una correcta supervisión.

La situación de exclusión que viven estos internos no solo se lleva a cabo dentro de la prisión, sino que una vez que se haya dado el cumplimiento de la pena privativa de libertad quedan libres y sobrellevan un gran rechazo por parte de la sociedad.

Este rechazo sufrido va a generar unas consecuencias en diferentes ámbitos de su vida que impiden la adecuada reinserción en la sociedad. Para prevenir o para evitar todo rechazo se debe de contar dentro de los centros penitenciarios con programas orientativos respecto a la vida fuera de prisión.

La imposibilidad de seguir un tratamiento médico y un tratamiento se encuentre enfocado en la resocialización va a trascender en la situación social del enfermo mental excarcelado puesto que es estigmatizado y marginalizado por la sociedad favoreciendo así la comisión de un nuevo delito seguido a ser ingreso en un centro penitenciario nuevamente.

7. LIMITACIONES

En un principio el Trabajo de Fin de Grado a desarrollar se centraba en ser una investigación experimental, teniendo como propuesta la aplicación de determinadas entrevistas en los diferentes centros penitenciarios a la población objeto de estudio.

Sin embargo, el acceso a los centros penitenciarios era limitado y se tenían que llevar a cabo con mucho tiempo de antelación diversos trámites para que el ingreso nos fuera aceptado. Teniendo este inconveniente presente que nos impedía la aplicación de las entrevistas ya estructuras, se recurre a cambiar el tipo de proyecto a desarrollar dando paso a optar por una investigación bibliográfica.

Conforme al uso de la bibliografía no hubo inconveniente alguno, a excepción del ingreso a la página oficial de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias la cual se encuentra fuera de servicio. Sin embargo, frente a este problema se recurre a una solución siendo la de recurrir al uso de determinados informes disponibles en los distintos navegadores.

En cuanto a la *prospectiva*, para poder prevenir que el aumento de enfermos mentales en prisiones siga siendo un porcentaje elevado es importante tener en cuenta la mejora respecto a la asistencia sanitaria que recibe este colectivo. Siendo así el caso de poder dar paso a la creación de recursos sanitarios referentes a la detección temprana de patologías mentales, tratamiento ambulatorio y el internamiento inmediato cuando se tratare de casos más graves.

Se debe de desarrollar una coordinación entre las instituciones del sistema penitenciario para que el interno sea tratado antes, durante y después de la entrada en el centro penitenciario como un enfermo y no como una persona imputable; además de generar una continuidad conforme al tratamiento que necesite. El consolidar los cuidados de todo enfermo mental se genera para hacer frente tanto a sus necesidades como a la de las familias; siendo así que a través de un tratamiento adecuado el individuo se reconoce como como sujetos protagonistas del proceso de rehabilitación.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado. Barcelona: Elsevier Masson.
- Aranda, M. (2009). *Efectos psicomáticos del encarcelamiento*.
- Arnaiz, A. Uriarte, J. J (2006). *Estigma y enfermedad mental*.
- Barrios Espinosa, L. F. (2007). *Origen, evolución y crisis de la institución psiquiátrico-penitenciaria*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. ISSN 0211-5735.
- Cabrera Cabrera, P. J. (2002). *Cárcel y exclusión*. Revisa del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Chamizo de la Rubia, J. (2013). *La situación de los enfermos mentales internados en centros penitenciarios andaluces*. El defensor del pueblo andaluz.
- Cerezo, A., Díaz, D. (2016). *El enfermo mental en medio penitenciario español*. ISSN:1988-7949.
- Colás Jordán, M. (2012). *Programa de intervención: propuesta de mejora al programa de atención integral a enfermos mentales en el centro penitenciario de Teruel* (Tesis de grado) (p.8). Universidad de Zaragoza, España.
- Comité Español de Representación de Personas con Discapacidad (2019). *La adaptación de la normativa penitenciaria española a la convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. Informe Propuesta*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Confederación de Salud Mental España (2015). *Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Constitución Española (2018). Edición actualizada 5 de octubre de 2018. Boletín Oficial del Estado.

Cuadra, M.A. (2010). *Rehabilitación y reinserción social de la enfermedad mental en Cataluña, España*.

Cutiño, S. (2001). *Algunos datos sobre la realidad del tratamiento en las prisiones españolas*. Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología. ISSN 1695-0194.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2017). *Memoria Plan Nacional sobre Drogas 2017*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Dirección General de Instituciones Penitenciarias (2006). *Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario*. Ministerio del Interior.

Espinoza Iborra, J. (1997). *El tratamiento penal del enfermo mental en el nuevo Código*.

Hernández, M., Espinosa, J. (2000). *La atención a pacientes con trastornos mentales en las prisiones*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

García Aldana, A. I. (2017). *Trabajo social, salud mental y prisión*. (Tesis de grado). Universidad de Jaén, España.

- García López, V. (2019). *Programas específicos de tratamiento en las prisiones españolas: control de la agresión sexual, atención integral a enfermos mentales y unidades terapéuticas y educativas*. Revista de Estudios Socioeducativos.
- Gavidia, V. Talavera, M. (2012). *La construcción del concepto salud. Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales*. (26)
- Grupo de trabajo sobre Salud Mental en prisión (2012). *Guía de atención y tratamientos en prisión por el uso de drogas*.
- Grupo PRECA (2011). *Informe prevalencia de trastornos mentales en centros penitenciarios españoles*. Estudio PRECA.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado.
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado 281.
- Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria. Boletín Oficial del Estado.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017). *Encuesta Nacional de Salud, España 2017*.
- Mora, M. (2007). *Enfermos mentales en las prisiones ordinarias. Un fracaso de la sociedad del bienestar*. Informe.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra. OMS.

Organización Mundial de la Salud (2014). *Documentos Básicos*. 48ª Edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

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

Red de Organizaciones Sociales del Entorno Penitenciario (2015). *Estudio de la realidad penal y penitenciaria: una visión desde las entidades sociales*. Informe ROSEP 2015 del observatorio del entorno penitenciario.

Sánchez Bursón, J. M. (2001). *Los pacientes mentales en prisión*. Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología. ISSN 1695-0194.

Sanz, J. Gómez-Pintado, P. Ruiz, A. Pozuelo, F. Arroyo, JM. (2014). *Programa de Atención Integral al Enfermo Mental en las prisiones españolas (PAEIM). Valoración tras cuatro años de funcionamiento*. Revista Española de Sanidad Penitenciaria.

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2018). *Informe General 2018*. Ministerio del Interior.

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

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2018). *Programa PUENTE EXTENDIDO. Salud Mental en penas y medidas alternativas*. Ministerio del Interior.

Segovia Bernabé, J.L. *Consecuencias de la prisionización* (p.11).

Zabala Baños, M. C. (2016). *Prevalencia de trastornos mentales en prisión: análisis de la relación con delitos y reincidencia* (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid, España.