



**LA IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN TEMPRANA DE  
LA ENFERMEDAD MENTAL GRAVE, ESQUIZOFRENIA,  
EN EL SISTEMA PENITENCIARIO**

**ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL Y PROPUESTA DE  
MEJORA**

**Trabajo de Fin de grado: Grado en Criminología**

Autoría: Lidia Cid Carracedo

Director: Daniel Gil Matorell

Fecha de entrega: 08/06/2019

Curso: 5º año

## ÍNDICE

<b>RESUMEN.....</b>	<b>1</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>1</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>2</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>4</b>
2.1 OBJETIVO GENERAL.....	4
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	4
2.3 HIPÓTESIS DE TRABAJO.....	4
2.4 METODOLOGÍA.....	5
<b>3. ASPECTOS BÁSICOS SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL.....</b>	<b>6</b>
3.1 SALUD MENTAL.....	6
3.2 ENFERMEDAD MENTAL.....	8
3.3 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS QUE PADECEN PROBLEMAS DE SALUD MENTAL.....	9
3.4 PSICOSIS Y ESQUIZOFRENIA.....	12
3.5 DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES.....	18
3.6 PROBLEMÁTICA Y NECESIDADES DE ESTE COLECTIVO.....	21
3.7 RED DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD DE MADRID.....	24
<b>4. ENFERMEDAD MENTAL EN SISTEMA PENITENCIARIO.....</b>	<b>27</b>
4.1 SISTEMA PENITENCIARIO ESPAÑOL.....	27
4.2 EL ENFERMO MENTAL ANTE EL CÓDIGO PENAL ESPAÑOL.....	30
4.3 PERFIL DE LOS ENFERMOS MENTALES EN PRISIÓN.....	33
4.4 ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN PRISIÓN.....	35
<b>5. ACTUACIONES COORDINADAS.....</b>	<b>38</b>
5.1 POSIBILIDAD DE UNA ATENCIÓN INTEGRADA.....	38
<b>6. PROPUESTA DE MEJORA EN LA INTERVENCIÓN CON ENFERMOS     MENTALES EN PRISIÓN.....</b>	<b>39</b>
<b>7. CONCLUSIONES.....</b>	<b>41</b>
<b>8. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>43</b>

## **ABREVIATURAS**

- TMG – Trastorno de Enfermedad Mental Grave
- OMS – Organización Mundial de la Salud
- LOSCAM – Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid
- S.R.S – Servicio Regional de Salud
- INSALUD – Instituto Nacional de la Salud
- CRPS – Centros de Rehabilitación Psicosocial
- CD – Recursos de apoyo y soporte social: Centros de Día de Soporte Social
- EASC – Recursos de apoyo de social comunitario: Equipos de Apoyo Social Comunitario
- CRL – Recursos de rehabilitación laboral y apoyo a la integración laboral: Centros de Rehabilitación Laboral (CRL)
- MR – Mini Residencias
- PS – Pisos Supervisados
- LOGP – Ley Orgánica General Penitenciaria
- CE – Constitución Española
- RP – Reglamento Penitenciario
- CIS – Centro de Inserción Social
- CP – Código Penal
- AVD – Actividades de la Vida Diaria
- C.C.A.A – Comunidades Autónomas
- ONU – Organización de Naciones Unidas
- UE – Unión Europea
- PIT – Programa Individualizado de Tratamiento

## **RESUMEN**

El trabajo que a continuación se presenta versa sobre la importancia de la detección temprana de personas con problemas de salud mental en el medio carcelario, haciendo especial alusión al trastorno mental de esquizofrenia.

Ofrece una visión panorámica sobre la situación social que presenta dicho colectivo en este medio, reflexionando sobre la efectividad de los tratamientos realizados, así como las problemáticas y necesidades que presentan en relación a la atención a la salud mental en prisión. Es necesario dar a conocer la realidad de este colectivo y hacer una reflexión común sobre la importancia de priorizar la realización de modificaciones en esta área. Dicha situación, actualmente afecta de forma negativa a la posible recuperación y reinserción social de estas personas, agravando su salud mental, psicológica, personal y social.

Palabras clave: salud mental, patología psiquiátrica, esquizofrenia, TMG y prisión.

## **ABSTRACT**

The following work is about the importance of early detection of people with mental health problems in the prison environment, with particular reference to mental disorder of schizophrenia.

It offers a panoramic view of the social situation presented by the collective in this environment, reflecting on the effectiveness of the treatments performed, as well as the problems and needs that they present in relation to mental health care in Prison. It includes the need to carry out integrated social care to improve the quality of life of these people in prison. It is necessary to publicize the reality of this group and to make a common reflection on the importance of prioritizing the making of modifications in this area. This situation currently affects in a negative way the possible recovery and social reintegration of these people, aggravating their mental, psychological, personal and social health.

Keywords: mental health, psychiatric pathology, schizophrenia, TMG and prison.

## 1. INTRODUCCIÓN

El tema que voy a exponer se centra en la descripción histórica y situación actual de la atención a la enfermedad mental y la situación concreta de las personas que padecen enfermedades mentales graves en el sistema penitenciario, planteando la posibilidad de una atención coordinada. El principal objetivo de este estudio tiene como propósito la valoración de la importancia respecto a la detección precoz de la enfermedad mental, para conseguir una plena reinserción social evitando el deterioro de este colectivo.

La alta prevalencia de las personas con patologías psiquiátricas en los Centros Penitenciarios ordinarios, es un fenómeno de carácter problemático que se viene confirmando hace tiempo (Cerezo y Díaz, 2016). Las estadísticas recogidas en los últimos años muestran un aumento creciente de población reclusa en España, siendo ésta, una de las tasas más altas por habitantes de los países europeos. El número de personas internas en los Centros Penitenciarios del territorio español era de 75.874 personas en enero de 2010, perteneciendo a la Comunidad de Madrid 10.475 personas (Castejón, Pallarés, Calero y López, 2010).

Como indica Castejón et al. (2010) desde la perspectiva de salud mental, los estudios realizados acerca de la prevalencia psiquiátrica, revelan un alto índice de problemas de salud mental en población reclusa. La Secretaría General de Instituciones Penitenciarias llevó a cabo un estudio en el que se contempló la elevada tasa de patologías psiquiátricas existentes en los centros penitenciarios siendo del total de los internos, un 25,6 % quienes tienen recogido uno o varios diagnósticos psiquiátricos en su historia clínica (Dirección General de Instituciones Penitenciarias, 2007).

En él, se estimaba que más de 18.000 del total de internos ingresados en los centros penitenciarios estaban diagnosticados de una patología psiquiátrica, siendo el 3,4 % de los mismos, cifra superior a la población general en relación al diagnóstico y presencia de trastorno psicótico. Es relevante tener presente que más de 3.000 personas con TMG permanecen ingresadas en Instituciones Penitenciarias.

La Asociación Española de Neuropsicología estimó que el 67,7% de las personas diagnosticadas de patologías psiquiátricas, carecían de contacto así como de seguimiento con los servicios de salud mental de carácter comunitario, con anterioridad al ingreso en el centro penitenciario correspondiente (Abad et al., 2003).

En presencia de estas realidades numéricas se ha de tener en cuenta, la doble vulnerabilidad a la que este colectivo se ve sometido dentro de las instituciones penitenciarias. La falta de apoyo social así como el deterioro progresivo originado por la patología psiquiátrica, limita al paciente impidiendo disfrutar de los derechos y beneficios que el medio penitenciario ofrece en relación a los demás internos, produciéndose lo que se denomina como institucionalización psiquiátrica. La Unión Europea confirma que las prisiones no son el entorno adecuado para llevar a cabo el tratamiento y dar respuesta a las necesidades que plantean las personas con TMG (Castejón et al., 2010).

La disposición de información en relación a la supremacía de patologías psiquiátricas en medios penitenciarios, es de vital consideración para el análisis y la mejora de los servicios sanitarios, tanto en el proceso penal como en el ámbito penitenciario, con la finalidad de facilitar la reinserción y prevenir la evolución de la enfermedad mental hacia la cronicidad (Grupo Preca, 2011).

Los estudios de investigación enmarcados en la epidemiología psiquiátrica son de gran importancia en la obtención de datos relevantes respecto a la prevalencia, impacto y repercusión de los trastornos mentales en la calidad de vida de la población, así como de la detección de las necesidades que este colectivo presenta y la posterior planificación de los servicios de carácter sanitario y social que reciban (Grupo Preca, 2011).

Por las cuestiones anteriormente descritas, mi Trabajo Final de Grado se orientará hacia la importancia de la detección temprana de las enfermedades mentales en el ámbito penitenciario, haciendo especial alusión a la esquizofrenia como paradigma del TMG.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL**

El objetivo general de este estudio es analizar la situación actual de las personas que padecen TMG en el ámbito penitenciario, así como la importancia de la atención adecuada a dicha enfermedad y la evolución de la misma desde la detección temprana, que evite la estancia en centros penitenciarios no adecuados a dicho colectivo.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Analizar las distintas características del trastorno mental de la esquizofrenia.
- Analizar la situación de las personas con trastorno mental de esquizofrenia en los Centros Penitenciarios.
- Detectar aspectos básicos que hay que mejorar en la red de atención a los internos diagnosticados de TMG.
- Estudiar el proceso penal que se lleva a cabo con personas pertenecientes a dicho colectivo.

### **2.3 HIPÓTESIS DE TRABAJO**

- Ausencia de una actuación integral y coordinada orientada a este colectivo en el ámbito penitenciario limitando el acceso a los recursos necesarios de las personas con TMG.
- Inexistencia de programas específicos de carácter homogéneo en el ámbito penitenciario en relación a la atención a la salud mental, empeorando el diagnóstico clínico futuro y la evaluación de dicho colectivo.
- La implementación de un protocolo centrado en la detección temprana de patologías psiquiátricas garantizaría una adecuación de la pena, favoreciendo la atención adecuada de las mismas, así como una evolución clínica y social más favorable de las personas que padecen TMG.
- El trabajo en la observación de indicadores de patologías mentales aumentaría la detección de posibles casos durante la realización del proceso penal, facilitando la identificación e intervención adecuada para el caso en concreto.

## 2.4 METODOLOGÍA

Este proyecto se centra en el estudio de la importancia de la detección temprana y diagnóstico de enfermedades mentales, así como de los datos existentes acerca de la prevalencia de dichas enfermedades en el ámbito penitenciario. La estructura del mismo se compone de un índice en el que se han organizado los distintos contenidos sobre los que versa el trabajo realizado.

La metodología de este informe se ha sustentado, primeramente, en la revisión documental y bibliográfica del estado actual y precedente de la cuestión seleccionada.

Mediante el presente trabajo se ha realizado un estudio exhaustivo sobre la detección temprana de las patologías mentales, haciendo especial alusión a la esquizofrenia, enfermedad mental sobre la que va tratar dicha cuestión y que tiene una alta prevalencia en el ámbito penitenciario según varios estudios.

En primer lugar, se ha realizado una búsqueda de información en torno a la salud mental así como a la enfermedad mental y la evolución histórica de la atención a la misma. Es importante indicar la problemática y necesidades a las que este colectivo se ve expuesto, profundizando en los recursos y competencias que pertenecen a la red de atención a la salud mental de la Comunidad de Madrid, para realizar la propuesta de mejora que se explicará posteriormente.

En segundo lugar, mediante la realización de un análisis bibliográfico se abordará la situación actual del enfermo mental en el ámbito penal, concretamente en el sistema penitenciario español. Seguidamente, se analizará el proceso penal que se lleva a cabo con personas diagnosticadas de patología psiquiátrica, para ello se ha revisado detenidamente la actuación y atención recibida en el medio penitenciario, así como la regulación jurídica y asistencia sanitaria existente en dichos centros, otorgando especial atención al código penal que lo regula.

Para finalizar, en relación al estudio de datos obtenidos anteriormente descritos, se ha desarrollado una propuesta de mejora centrada en personas diagnosticadas de TMG como principal soporte y apoyo al tratamiento que dicho colectivo recibe.

### 3. ASPECTOS BÁSICOS SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL

#### 3.1 LA SALUD MENTAL

Para centrar el concepto enfermedad mental es importante previamente explicar los términos salud y salud mental. A través de la historia y teniendo en cuenta las diferentes culturas existentes, este término ha sido definido en base a determinados criterios y significados que han ido evolucionando a lo largo del tiempo (OMS, 2001).

La salud se entiende como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”* (OMS, 2001, p. 1). Esto supone la integración de la salud mental en la misma definición de la salud, como un estado que va más allá de la mera ausencia de enfermedad o dolencia, debido a que las capacidades mencionadas en la definición anteriormente descrita tienen valor por sí mismas. El conocimiento por tanto del individuo trasciende de lo meramente físico, siendo la salud un conjunto de subsistemas que han de permanecer saludables (OMS, 2004).

El concepto de salud mental se define como *“...un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”* (OMS, 2001, p. 1).

Desde esta perspectiva, el mantenimiento de la salud mental genera un desarrollo positivo en relación al funcionamiento efectivo tanto del propio individuo como de su comunidad, contribuyendo así a una mejora en el desarrollo personal y por ende al capital social, humano y económico de la sociedad a la que el sujeto pertenece (OMS, 2004).

Al considerar la salud como un estado de balance en el que se produce una interacción entre el individuo, el ambiente y la comunidad, este proceso permitirá que tanto la comunidad como el individuo entiendan como mejorarlo (OMS, 2004).

En otras palabras, la salud mental es un pilar fundamental para el bienestar y el funcionamiento efectivo tanto del propio individuo, como de la comunidad a la que pertenece, bajo la influencia de una serie de factores de carácter biológico, medioambiental y socioeconómico (OMS, 2001).

Según el Informe sobre la promoción de la Salud Mental redactada por la OMS (2004) en la actualidad el concepto de salud mental es considerado como parte integral de la salud, ya que además de suponer un pilar fundamental de la misma se ha constatado que el propio bienestar del individuo depende mayormente de su salud mental y viceversa, siendo ambas complementarias en un mismo espacio.

En el Informe sobre la Salud en el Mundo elaborado por la OMS (2001) el concepto de salud mental está directamente relacionado con aspectos como por ejemplo, capacidad de autonomía, competencia, incluyendo también, la autorrealización de las capacidades de carácter intelectual y emocional del propio individuo.

En cuanto a los factores biológicos y psicológicos, las investigaciones realizadas en el Informe sobre la Salud Mental en el Mundo (OMS, 2001) revelan la existencia de una doble vía de influencia que afecta a la misma, siendo esta: (a) sistemas fisiológicos, es decir, las funciones neuroendocrinas e inmunitarias, (b) el comportamiento en materia de salud, relacionado con la salud física. El comportamiento de una persona en relación con su propia salud reside fundamentalmente en su salud mental.

Respecto a los factores sociales, son importantes los aspectos socioeconómicos ya que en función de los mismos, se modifican de manera significativa los índices de salud de la población. Es decir, variables como la pobreza o incluso los grandes cambios tecnológicos producidos en las últimas décadas, ejercen una gran influencia sobre el estado de salud de la población. Estudios realizados, demuestran una mayor prevalencia de patologías psiquiátricas en el colectivo con medios económicos escasos en relación al resto de población (OMS, 2001).

La relación producida por la interacción entre los diferentes elementos que conforman el bienestar de la persona, permiten observar cómo determinadas condiciones incrementan el riesgo de producir un trastorno mental, o cómo los mismos, afectan a la salud general del individuo (OMS, 2004).

### 3.2 ENFERMEDAD MENTAL

Explicar un trastorno mental es complejo ya que no existe un diagnóstico o cuadro clínico unitario, sino un grupo de trastornos con algunos rasgos en común. La definición de este concepto varía en función del contexto de carácter económico, social, legal y cultural de las diferentes sociedades ante las que el sujeto se encuentre (Freeman, Pathare, Drew, Funk y Saraceno, 2006).

Previamente se hará alusión al término enfermedad que refiere a *“alteración estructural o funcional que afecta negativamente al estado de bienestar”* (OMS, 2001). Está, aparece cuando la persona no es capaz de responder a las exigencias del medio. Siempre que se produzca una pérdida o ausencia en el funcionamiento vital del sujeto, no puede decirse que éste haya sufrido una alteración mientras no se especifique en qué situación se percibe ese déficit. Se ha de tener en cuenta la situación de la persona así como las capacidades que el medio le ofrece para considerar que tiene una enfermedad (Morales, s.f.).

El trastorno o enfermedad mental es definida como *“alteración de carácter emocional, cognitivo y/o comportamental en la que quedan afectados procesos psicológicos básicos; Lenguaje, motivación, emoción, conciencia, percepción, procesos de aprendizaje, etc.”* (Asociación Vizcaína de Familiares y Personas con Enfermedad Mental, 2014). Esto supone un obstáculo en el proceso de adaptación al entorno tanto cultural como social de la persona, creando malestar particular.

No hay un límite definido entre salud y enfermedad, tanto los eventos fisiológicos como patológicos, puede estar latentes en el ser humano lo que significa que la enfermedad aún no se ha manifestado y la persona puede funcionar saludablemente dentro de su sociedad (Morales, s.f.).

Pese a que el término salud y enfermedad no se conciben como independientes, no significa que estén limitados entre ellos, siendo ambos conceptos complementarios e indivisibles entre ellos (Joubert, 2014).

### 3.3 EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA ATENCIÓN AL ENFERMO MENTAL

A lo largo del tiempo el desarrollo del concepto de salud mental ha ido evolucionando a través de la historia así como el proceso de atención y los métodos de intervención aplicados a dicho colectivo (Belmont, 2011).

Según el autor Sánchez (2013) desde la antigüedad, las enfermedades han sido objeto de estudio evolucionando en el tiempo. A continuación, se realizará un breve análisis sobre la evolución histórica de la atención que ha recibido el enfermo mental a través de los siglos, haciendo hincapié en la Edad Moderna.

En la Edad Media, la connotación de enfermedad mental estaba ligada a la posesión del sujeto por entidades demoniacas, asociándose no a un problema fisiológico sino a un modelo extranatural creado por la lucha de dos fuerzas, el mal, frente a los postulados del bien impuestos por la Iglesia Católica.

En el Renacimiento, se mantiene la visión demoniaca hacia las patologías psiquiátricas. Surge una nueva corriente de carácter científico en relación a las enfermedades mentales de la que se obtienen los primeros estudios y la clasificación técnica de las mismas, haciendo hincapié en una perspectiva humanista de su tratamiento.

En la Edad Moderna, concretamente en el siglo XVIII y XIX, la enfermedad mental adquiere connotaciones negativas y junto con el crimen existe una relación de interdependencia, por lo que el concepto de enfermedad mental se asociará a la maldad. Se considera que la patología psiquiátrica no exime de la comisión de un delito, ya que en sí misma representa un signo del mal y a su vez lo multiplica. A pesar de ello, nace una conciencia moral que trata de luchar y reivindicar el trato humano recibido de las personas con problemas de salud mental sin ningún tratamiento médico pautado.

En la segunda mitad del siglo XVIII se produce una reflexión metodológica sobre el concepto de enfermedad mental, tratamiento y clasificación a seguir.

En el siglo XX. El denominado internamiento manicomial era considerado como el medio terapéutico más efectivo para el tratamiento de este tipo de enfermedades.

Posteriormente surgen numerosos autores, quienes aportan nuevos conocimientos sobre la intervención con personas diagnosticadas de patologías psiquiátricas, teniendo lugar la psicoterapia como forma de tratamiento. A lo largo del tiempo se ha evolucionado consiguiendo grandes innovaciones y mejoras para el tratamiento de dicho colectivo.

Es importante analizar la consideración social respecto a la relación existente entre la presencia de patología psiquiátrica y comisión de delitos en la Edad Moderna.

La enfermedad mental como anteriormente se ha descrito ha sido relacionada directamente a la delincuencia, asociándose dichas patologías psiquiátricas a determinados comportamientos delictivos (Núñez y López, 2009).

Es importante la necesidad de la existencia de una clara relación de causalidad con el acto delictivo cometido, ya que no todo delincuente está diagnosticado de una enfermedad mental, ni todo enfermo mental comete actos delictivos (Sánchez, 2000).

Existe un amplio abanico de enfermedades mentales así como de conductas delictivas, en presencia de ambas variables, es complejo establecer una relación causal y conocer la influencia que ejerce un elemento sobre otro. La enfermedad mental y la comisión del delito son dos elementos de distinta naturaleza, ambos tienen posibilidades de aparecer en la vida del sujeto dependiendo de determinados factores (Hernández, 2011).

Como indica Mullen (2003) los aspectos de ámbito general en referencia a las posibles relaciones entre el delito y la enfermedad, son:

- Relación escasa o no manifiesta. El delincuente no comete un delito de robo por la presencia de episodios depresivos propios de una determinada patología psiquiátrica.
- En determinados casos el trastorno mental diagnosticado de un sujeto puede ser causa necesaria para la comisión del delito pero no suficiente. La comisión de un delito puede verse incrementada si la persona sufre episodios delirantes.
- Relación íntimamente vinculada entre la actividad delictiva y la enfermedad mental.
- La realización de actividades de carácter delictual así como las consecuencias tienden a aumentar el desarrollo de una enfermedad mental.

Es importante comentar que en relación a la presencia de conductas violentas, existe prevalencia del colectivo que de forma simultánea presenta patología psiquiátrica con

un consumo abusivo de sustancias tóxicas, incidiendo de forma más agresiva en personas que presentan trastorno esquizoafectivo y esquizofrenia.

Según las conclusiones obtenidas del informe “Atención a la salud mental de la población reclusa”, desde una perspectiva epidemiológica existe cierta relación entre la presencia de enfermedades mentales y comportamientos delictivos, existiendo una variable dependiente a ambos elementos. Se ha de tener en cuenta factores característicos y propios de la sociedad, como: edad, consumo de sustancias, situación económica, etc. que pueden manifestar la presencia de este fenómeno (Abad et al., 2003).

### 3.4 PSICOSIS Y ESQUIZOFRENIA

La psicosis ha sido definida como una patología psiquiátrica que se adueña del individuo en su totalidad. Este proceso patológico se caracteriza por una alteración en el desarrollo básico del sujeto, y por ende, afecta a la evolución natural de su vida diaria (Ban y Ucha-Udabe, 1995).

Dicha enfermedad da nombre a los trastornos mentales que están caracterizados principalmente por la falta de contacto con la realidad a la que el propio sujeto pertenece, distorsionando sus capacidades y el desarrollo de las mismas. Desde el punto de vista médico, el órgano afectado es el cerebro donde se producen variaciones en distintas áreas afectando a la conducta, sentimientos, pensamiento y percepción de la realidad y espacio del paciente (Crespo et al., 2010).

Este trastorno mental presenta diferentes formas de manifestación, no obstante su presencia varía en función del paciente que lo padece.

- a) Gradualmente en el tiempo, es decir, existe la posibilidad de que la sintomatología no sea visible para elaborar un diagnóstico adecuado.
- b) De forma previa, en la que la sintomatología y los signos propios de la enfermedad, se hacen evidentes para el enfermo y las personas de su entorno (Crespo et al., 2010).

A través del tiempo, se han cursado estudios dirigidos a conocer las causas que producen dicho trastorno. Los resultados de las investigaciones realizadas, revelan importantes avances en diferentes campos. Se podría afirmar que no existe una causa evidente sino un conjunto de causas responsables de la aparición de la enfermedad mental (Matas, 2012).

Desde una visión etiológica, el modelo vulnerabilidad-estrés se utiliza para entender los principales motivos del trastorno psicótico. Existe cierta predisposición de carácter biológico y/o ambiental incluyendo el factor hereditario que aumentan la vulnerabilidad del paciente en el desarrollo de los síntomas de la enfermedad, existiendo sujetos que desarrollan síntomas pertenecientes a dicho trastorno, en relación a otros quienes no lo desarrollan (Calvo et al., 2015).

Es importante tener en cuenta el factor estrés y carga emocional, siendo un elemento desencadenante de la enfermedad (Matas, 2012).

La esquizofrenia se define como una patología psiquiátrica caracterizada por la distorsión del funcionamiento mental del sujeto, así como la presencia de un proceso de disgregación de sentimientos, ideas y actividades de carácter delirante. Es un conjunto de trastornos psicóticos que se compone de la combinación de signos y síntomas propios de la misma (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).

Dichos síntomas son manifestaciones que anuncian anomalía o enfermedad, existiendo dos tipos característicos de esta patología: sintomatología positiva y sintomatología negativa (Matas, 2012):

- (a) Síntomas positivos: Son manifestaciones no comunes que el paciente realiza o experimenta por sí mismo.
- (b) Síntomas negativos: Son manifestaciones no comunes que el paciente deja de hacer en su vida cotidiana y que las personas con salud mental realizan.
- (c) Desorganización.

Respecto a la sintomatología positiva se pueden encontrar los siguientes síntomas; Alucinaciones, delirios y trastornos de pensamiento. Cuando el que sujeto sufre una crisis psicótica estos síntomas pueden ir o no acompañados de; síntomas positivos en el ámbito de sentimientos (angustia, excitabilidad), síntomas positivos vegetativos (insomnio, sudores, mareos) o síntomas positivos de la motricidad (comportamiento agresivo).

Respecto a la sintomatología negativa se ha de considerar que dichos síntomas se han de tratar en la misma medida que los síntomas positivos, obteniendo el mismo nivel de importancia.

Los síntomas negativos afectan a los ámbitos de carácter social, laboral y familiar, reduciendo así las capacidades de actuación propias del sujeto. Dichos síntomas se pueden identificar previamente a la existencia de delirios y alucinaciones, manifestándose de forma más clara tras los síntomas positivos. En dicha sintomatología se pueden encontrar; pobreza afectiva, alogia, abulia, anhedonia y problemas cognitivos de atención a la concentración y observación del paciente.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Mental (2017) además de la sintomatología positiva y negativa, existe la sintomatología cognitiva, manifestándose de forma más o menos grave dependiendo del sujeto en el que sea diagnosticado, identificándose cambios notables en lo que refiere a la memoria o aspectos propios del pensamiento.

Dichos síntomas se detectan mediante la realización de pruebas médicas específicas, debido a que no son fácilmente detectables sin las mismas. La sintomatología cognitiva está compuesta por los siguientes síntomas; Deficiencia del funcionamiento ejecutivo del sujeto, problemática en la concentración por parte del individuo y dificultades en relación a la memoria operativa, conocida como memoria de trabajo (Matas, 2012).

No todos los síntomas recogidos en esta patología se presentan en todos y cada uno de los pacientes que son diagnosticados de la misma, algunos de ellos también se presentan en otros trastornos. Esta enfermedad mental se caracteriza por la heterogeneidad en función de los distintos individuos y una variabilidad de la enfermedad en cada uno de ellos, es decir, dependiendo del sujeto diagnosticado dicha patología se desarrolla de manera diferente (Matas, 2012).

Una vez explicada la sintomatología general de la enfermedad mental de la esquizofrenia, es importante desarrollar la clasificación de la misma, en la que se distinguen cinco tipos:

1. Esquizofrenia paranoide: Este tipo de esquizofrenia se da en la mayoría de los casos, es la más frecuente. La característica principal es la presencia de ideas delirantes y alucinaciones de carácter auditivo. Las ideas delirantes son de carácter persecutorio, siendo habitual que las alucinaciones estén relacionadas con contenido de temática delirante. El inicio de este tipo de esquizofrenia al igual que las características o la sintomatología que presenta, es más estable en el tiempo.
2. Esquizofrenia catatónica: Se caracteriza por una alteración psicomotora pronunciada, relacionada con la falta de movimiento y expresión por parte del sujeto. Se incluye actividad motora excesiva, negativismo, mutismo incluso inmovilidad. En los casos más graves la esquizofrenia catatónica puede producir estupor catatónico o automatismos, pudiendo permanecer inmóvil durante días incluso semanas. En este estado el paciente no muestra respuesta ante los estímulos, ya sean internos o externos.

3. Esquizofrenia desorganizada: Este tipo de esquizofrenia se observa en el comportamiento desinhibido del paciente, no adecuándose al contexto del que se trata. Habitualmente este subtipo de esquizofrenia también es conocido como hebefrénico. Su inicio es temprano y el pronóstico es muy negativo. Las principales características de la esquizofrenia de tipo desorganizado son: lenguaje de carácter desorganizado e incongruente, alteraciones visibles de carácter emocional y probabilidad de presencia de ideas delirantes así como alucinaciones, no estando organizadas en torno a una temática coherente.
4. Esquizofrenia indiferenciada: Este tipo tiene una peculiaridad ya que no existe ningún síntoma propio de la misma, sino que puede presentar cualquier síntoma de todas las anteriores, es decir si no reúne los criterios de los subtipos anteriormente descritos, se le denomina indiferenciada.
5. Esquizofrenia residual: Se caracteriza por la presencia de al menos un episodio de esquizofrenia anterior, en el que se resaltan los síntomas negativos anteriormente descritos que presentan difícil tratamiento.

El trastorno mental de esquizofrenia está compuesto por varias fases en el tiempo: etapa prodrómica, etapa prepsicótica y brote psicótico. Cada una presenta una sintomatología distinta, por lo que es importante conocerlas con el objetivo de intervenir de la forma más adecuada posible en relación al diagnóstico realizado (Matas, 2012).

1. Etapa prodrómica: Es la fase caracterizada por una serie de síntomas anteriores e inespecíficos que preceden a los síntomas de carácter positivo. El promedio de duración es de dos a seis años, durante ese tiempo la persona puede experimentar síntomas como miedo, desconfianza, ansiedad, depresión, etc. La atención temprana en la psicosis se basa en establecer una atención apropiada en la fase precoz de la enfermedad mental, siendo esta, la etapa prodrómica en la que se deberán detectar los síntomas previos a la psicosis atendiendo a la sintomatología presente. La finalidad de esta actuación tiene como propósito aminorar los riesgos y efectos de dicha enfermedad en el paciente diagnosticado de la misma.

2. Etapa prepsicótica: Comienza en el momento en el que aparecen los primeros síntomas hasta que se inicia el brote psicótico. El paciente puede experimentar alucinaciones, delirios o depresión, incluyendo comportamientos relacionados con sentimientos de aislamiento y problemas de carácter personal y social. Es característico el humor y las percepciones de carácter delirante acompañadas por interpretaciones autorreferenciales del entorno por parte del propio paciente, que percibe el mundo de forma amenazante y angustiada. El promedio de duración es de tres a doce meses en los que surgen los síntomas positivos.
3. Brote psicótico: De la etapa prepsicótica se manifiestan síntomas positivos que provocan en el paciente la pérdida de contacto con la realidad en la que se encuentra, aumentando la peligrosidad del mismo o incluso la de terceras personas. Los síntomas positivos a los que hacemos referencia en esta etapa son:
  - a) Alucinaciones: Engaños de los sentidos creados por la mente que producen alteraciones en la realidad del sujeto. Las más frecuentes que están presentes en la esquizofrenia son de carácter auditivo.
  - b) Delirios: Falsas creencias aceptadas como verdad única por el individuo que los padece. Pueden ser de tipo pasional, sensitivos, de interpretación e imaginación.
  - c) Los trastornos de pensamiento y de lenguaje: Están caracterizados por síntomas como descarrilamiento en el lenguaje, argumentaciones ilógicas, falta de atención, etc.
4. Etapa post-brote: Es la esquizofrenia residual. Tras la sintomatología propia del brote psicótico, aparecen los síntomas negativos:
  - (a) Pobreza afectiva: Carencia de expresividad emocional manifestándose la misma de forma inapropiada en relación al contexto. El sujeto muestra una afectividad plana, carece de empatía que dificulta las relaciones interpersonales y la comunicación con el entorno.
  - (b) Alogia: Deterioro de las capacidades cognitivas afectando al pensamiento.
  - (c) Apatía: Falta de interés y dejadez en todos los ámbitos de la vida personal del sujeto.
  - (d) Anhedonia: Carencia de interés y disfrute del medio que le rodea. La anhedonia y la apatía están directamente unidas entre ellas creando un sentimiento de tristeza y angustia en el individuo, de carácter crónico.

Esta patología psiquiátrica se inicia en edades comprendidas entre los quince y cuarenta y cinco años de edad, abarcando la adolescencia y edad adulta. Algunos casos aparecen en la infancia, siendo estos los menos frecuentes en relación a los anteriores (Matas, 2012).

De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Mental (2017), estudios realizados revelan una mayor prevalencia de la esquizofrenia en población masculina respecto a la población femenina, en el tiempo y en la presencia de dicha sintomatología.

En relación a la atención de este colectivo, es importante subrayar que la falta de conciencia de la enfermedad, los efectos secundarios farmacológicos y la carencia de un tratamiento psicoterapéutico adaptado a las necesidades del enfermo y de sus familiares, conlleva al abandono del tratamiento y por consiguiente la reaparición de los síntomas (Matas, 2012).

### 3.5 DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

La importancia de los trastornos mentales graves relacionados con la psicosis así como la prevalencia de los mismos, ha aumentado el interés clínico por este fenómeno y por ende, la creación e implicación de programas de atención temprana. Estos, están dirigidos al estudio y detección precoz de esta patología psiquiátrica, suponiendo un reto para los programas de tratamiento comunitario de pacientes con TMG (Gil, 2010).

La detección temprana es identificar la situación de riesgo y posible desarrollo de una psicosis, pudiendo detectar los síntomas presentes en cualquiera de sus fases, así como identificar a los sujetos quienes han desarrollado una psicosis pero no han recibido tratamiento adecuado (Vallina, Lemos y Fernández, 2006).

En la psicosis, la atención temprana se basa en establecer una atención apropiada en la fase precoz de la enfermedad mental, mejorando los resultados y disminuyendo así los costes de atención. Para la realización de este modelo se propone la implementación de dos vías de actuación:

- Reducción del periodo por el que la enfermedad se manifiesta sin recibir tratamiento.
- Establecimiento de un tratamiento adaptado a las fases iniciales por las que pasa la enfermedad (McGorry y Edwards, 1997; Vallina, 2006).

El Consenso sobre Atención temprana a la psicosis establece los programas dirigidos a la atención temprana de las patologías psiquiátricas y presentan tres tipos de intervención (Bravo et al., 2009):

- Detección y tratamiento precoz de los síntomas iniciales que preceden al desarrollo de la enfermedad mental, tratando de evitar la manifestación propia de la psicosis.
- Detección de la patología y posterior derivación teniendo como principal finalidad una actuación de carácter preventivo y eficaz, así como la mejora del pronóstico esperado, y por ende la reducción de la carga personal y familiar del sujeto.
- Importancia y realización de un tratamiento temprano por tiempo e intensidad suficiente de los primeros episodios ya identificados.

Vallina et al., (2006) manifiestan la importancia de la realización de la intervención teniendo en cuenta los tratamientos existentes adecuados a cada fase de la enfermedad. Los tratamientos específicos son de carácter psicológico, físico y social específicamente dirigidos a impedir la progresión hacia la psicosis, favoreciendo la recuperación de los pacientes con síntomas propios de la misma.

Dichos tratamientos están adaptados a cada una de las etapas de la enfermedad, serán realizados por equipos de atención temprana que prestarán la asistencia adecuada a los pacientes en etapas iniciales o prodrómicas de la psicosis, siendo responsables de la asistencia de los pacientes en los momentos iniciales de la enfermedad.

La intervención se realizará desde una perspectiva bio-psico-social en la que se tendrán en cuenta síntomas, funcionamiento de carácter social y psicológico del paciente, haciendo indispensable la perspectiva integral y multidisciplinar del tratamiento (Gil, 2010).

Los estudios realizados sobre el inicio de la esquizofrenia revelan que la mayoría de los primeros episodios, siendo el 73% de los casos comienzan con síntomas prodrómicos inespecíficos o negativos, y solamente un 7% lo hacen con síntomas positivos (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).

En referencia a los síntomas anteriormente descritos, los programas de intervención deben incluir una actuación temprana en relación a los síntomas negativos de la enfermedad, así como al deterioro de la red social del paciente y el riesgo de exclusión de las redes de participación social del mismo, siendo la atención temprana crucial en este proceso (Gil, 2010).

Las intervenciones integrales procedentes de los servicios de intervención temprana, revelan una alta mejora en el trascurso inicial de la enfermedad, cesando el tiempo de espera sin recibir tratamiento en pacientes que se encuentran en sus primeros episodios psicóticos (Larsen et al., 2001). Mejoran el estado clínico así como el funcionamiento social de dicho paciente, siendo imprescindibles en la reducción de las estancias hospitalarias y rehospitalizaciones de los pacientes con este tipo de episodios (McGorry et al., 1996; Addington et al., 2003; Petersen et al., 2005).

Según el Informe “Presente y futuro de las enfermedades mentales más prevalentes” se comprobó que el inicio de la intervención como respuesta a los primeros indicios de la psicosis disminuyó en gran parte la aparición de dicha enfermedad. Por lo tanto, a través de la detección temprana de la psicosis no se lograría evitar la transición de la misma, pero sí ralentizar la edad de inicio a la que se manifiesta, representando un gran avance y mejora en este ámbito (Honorato et al., 2009).

### 3.6 PROBLEMÁTICA Y NECESIDADES DE ESTE COLECTIVO

Según el cuaderno técnico de Servicios Sociales sobre la atención residencial comunitaria y apoyo al alojamiento de personas con enfermedad mental grave y crónica: recursos residenciales y programas básicos de intervención, las patologías psiquiátricas se reproducen de forma personal e individual en cada paciente. Se tiene en cuenta la interacción del conjunto de factores de carácter social, biológico, psicológico y familiar, que influyen en la evolución del sujeto en función de los servicios y atención recibidos en el tiempo (Florit, Cañamares, Collantes y Rodríguez, 2007).

Una vez el individuo haya sido diagnosticado de este trastorno, la evolución clínica del mismo varía a lo largo del tiempo, pudiendo encontrar diversidad de diagnósticos con diferente gravedad. Pacientes que a posteriori de haber sufrido una crisis psicótica mejoran de forma gradual reduciéndose la sintomatología y adquiriendo autonomía para llevar una vida plena e independiente. Por el contrario, existen pacientes quienes sufren un deterioro severo de la enfermedad, necesitando de forma urgente atención y supervisión continua. En otros casos, el paciente no solo requiere atención y tratamiento psiquiátrico, sino también programas de rehabilitación y apoyo social dirigidos al mantenimiento en comunidad de la forma más integrada posible.

Las personas que son diagnosticadas del trastorno mental de esquizofrenia, tienen características individualizadas y diferentes entre ellas, sin embargo, comparten unos mismos factores como paradigma fundamental de la propia enfermedad, siendo estos:

- Especial vulnerabilidad: Son pacientes frágiles que pueden sufrir episodios de carácter exacerbado provocados por la sintomatología descrita, desencadenada por la confrontación de las demandas del entorno.
- Falta de autonomía: La enfermedad supone una dificultad en relación a las capacidades del propio sujeto para actuar de forma autónoma.
- Escasa capacidad comunicativa: En la mayoría de los casos, muchos de los pacientes diagnosticados, presentan grandes dificultades para interactuar en sociedad limitando las redes de apoyo más cercanas.
- Dificultad en el acceso y mantenimiento en el ámbito laboral: Teniendo en cuenta la sintomatología propia de este trastorno, los individuos quienes lo padecen presentan grandes dificultades en el mundo laboral. Esto, se debe a la disminución de las capacidades relacionales y la falta de control en determinadas situaciones. Por lo

tanto, el no cumplimiento de las demandas que el empleo exige hace que muchos individuos cambien de forma frecuente de trabajo o queden excluidos del mismo, lo que supone una falta de integración social plena de este colectivo.

Respecto a las características anteriormente descritas, muchos de estos pacientes se identifican como personas desamparadas e inseguras, llevándoles a depender de otros individuos en el mantenimiento de su vida diaria.

Las necesidades de este colectivo son numerosas e individualizadas y están vinculadas a la problemática psiquiátrica y psicosocial característica de este colectivo:

- Atención y tratamiento de la salud mental. El diagnóstico, así como el tratamiento psiquiátrico y farmacológico del paciente permite estabilizar la aparición de la sintomatología psicopatológica, ayudando a evitar una nueva crisis y por ende mejorar el desarrollo y funcionamiento de aquellos individuos con enfermedad mental grave o crónica.
- Atención en crisis. El tratamiento farmacológico no siempre evita la aparición de periodos de crisis. La atención en crisis refiere a la situación en la que es de necesaria urgencia el ingreso hospitalario breve del paciente. El objetivo principal es la estabilización del mismo así como el reajuste de las dosis farmacológicas establecidas, de tal manera que se consiga una recuperación, funcionamiento y mejora de la persona.
- Rehabilitación psicosocial y apoyo a la integración social. El trastorno mental grave de esquizofrenia, genera un deterioro en los pacientes diagnosticados de la misma, provocándoles déficits a largo plazo. Es de vital importancia la creación de programas y servicios dirigidos a este colectivo, basados principalmente en la atención y apoyo de carácter psicosocial. Estos programas se centran en la recuperación de las capacidades y competencias necesarias para conseguir una vida autónoma, así como el desarrollo de relaciones comunitarias plenas. De esta manera, se ayudará en el proceso de una integración social efectiva en todos los ámbitos de sus vidas.
- Rehabilitación laboral y apoyo a la integración en el mundo del trabajo. La creación de programas dirigidos a la rehabilitación en el ámbito laboral de personas con enfermedad mental, especialmente la esquizofrenia, permitirán reforzar las capacidades tanto físicas como psicológicas del enfermo. Teniendo en cuenta la

situación actual respecto a la bolsa de empleo, se deberán tomar las medidas necesarias dirigidas a promocionar la incorporación laboral, ayudando y apoyando a estas personas en el acceso a un empleo adecuado a sus necesidades. Esto, favorecerá a su integración y autonomía, reforzando sus capacidades.

- Alojamiento y atención residencial comunitaria. El principal obstáculo existente para las personas con enfermedades mentales es la autonomía, la cual está limitada por dicho trastorno. En esta deficiencia es necesaria la existencia de redes de apoyo para el cuidado del paciente, de carácter familiar, social y comunitario. Se cubrirán de esta manera los cuidados básicos del mismo, ya que en ocasiones pueden verse expuestos a situaciones de riesgo.

### 3.7 RED DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Según el Plan de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica 2018- 2020 de la Comunidad de Madrid, la creación del mismo ha supuesto una mejora en relación a la organización de la atención a la salud mental, así como de la red de recursos asistenciales dirigidos a este colectivo (Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, 2018).

A continuación se explicará el Plan estratégico de la Salud Mental de la Comunidad de Madrid anteriormente descrito, que tiene como propósito principal dar respuesta a las necesidades de adecuación de la red de atención sanitaria presente en relación a ámbito de la salud mental.

El modelo de atención comunitaria de la Salud Mental se establece en el art. 16 LOSCAM, fundamentándose en la necesidad existente de otorgar reconocimiento a la colaboración, implicación y coordinación de los Servicios Sociales Generales y de los Servicios Sociales Especializados, focalizados en la atención integral del paciente diagnosticado de TMG desde una perspectiva comunitaria y dirigidos al apoyo de carácter psicosocial del mismo.

Conforme a las bases establecidas en la LOSCAM, este plan está formado por un conjunto de medidas organizativas y funcionales, orientadas al desarrollo de una red única de Salud Mental y asistencia psiquiátrica especializada en dicho colectivo. Dicha red se basa en principios de atención comunitaria y territorializada. A continuación se describirán los principios anteriormente mencionados:

- Sistema sanitario de carácter igualitario, equitativo y universal en relación al acceso a las prestaciones establecidas en la red de atención, posicionando al paciente como centro de la intervención.
- Mantenimiento continuo de cuidados dirigidos a dicho colectivo en el ámbito asistencial mediante la mejora de la atención comunitaria, territorializada e interdisciplinar.
- Implicación de la Salud Mental en el ámbito asistencial, haciendo hincapié en atención especializada.

- Administración y gestión en relación a los principios de evaluación establecidos así como la continua mejora de calidad.
- Dinamización de los recursos de carácter ambulatorio, hospitalización parcial y rehabilitación psicosocial en coordinación con Servicios Sociales y otras instituciones.
- A través de la integración de los recursos pertenecientes a S.R.S e INSALUD, se creará una red única de asistencia psiquiátrica y salud mental.
- En el ámbito de salud mental se promocionará la investigación así como la formación de carácter profesional.
- Reforzar la participación social profesional y ciudadana en dicha causa, con el objetivo de lograr la mejora en los aspectos acordados.

Se reconoce la importancia en relación a la necesidad urgente de desarrollar una actuación conjunta e integrada con los recursos, acciones, programas y servicios establecidos por la Conserjería de Servicios Sociales a través del Programa de Atención Social a personas con TMG.

A continuación serán nombrados los dispositivos más actuales que existen de la Red Pública de Atención Social a Personas con Enfermedad Mental de la Comunidad de Madrid según la Dirección General de Atención a Personas con Discapacidad, y son:

- Recursos de rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario: Centros de Rehabilitación Psicosocial (CRPS)
- Recursos de apoyo y soporte social: Centros de Día de Soporte Social (CD)
- Recursos de apoyo social comunitario: Equipos de Apoyo Social Comunitario (EASC)
- Recursos de rehabilitación laboral y apoyo a la integración laboral: Centros de Rehabilitación Laboral (CRL)
- Recursos de atención residencial:
  - ➔ Mini Residencias (MR)
  - ➔ Pisos Supervisados (PS)
  - ➔ Plazas supervisadas de alojamiento en pensiones de huéspedes
- Otros Recursos:
  - ➔ Servicio de apoyo a la reinserción social de personas con enfermedad mental sin hogar

- Centro de Atención Social de apoyo a la reinserción de personas sin hogar con enfermedad mental grave

## **4. ENFERMEDAD MENTAL EN EL SISTEMA PENITENCIARIO**

### **4.1 EL SISTEMA PENITENCIARIO ESPAÑOL**

Según la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2014) en las últimas décadas se han producido importantes cambios en relación a la evolución de la sociedad, así como también del sistema penitenciario español.

En el año 1978 se aprueba la Constitución Española y con ella la consolidación de grandes modificaciones en la legislación penal, mejorando el tratamiento realizado a los internos como las condiciones en el ámbito penitenciario. Se han realizado avances en el sistema con el objetivo de conseguir una mejora en la estructura física, así como una mayor eficacia de los recursos y por ende la disminución de las posibles deficiencias identificadas.

El marco normativo básico del sistema penitenciario español desde el ámbito jurídico está fundamentado por la Constitución española de 1978, la Ley Orgánica General Penitenciaria (LOGP) 1/1979 del 26 de septiembre, el Reglamento Penitenciario 190/1996 del 9 de febrero y sus posteriores modificaciones. A continuación se explicará cada uno de los elementos:

- La Constitución española de 1978 haciendo especial alusión al artículo 25.2 CE: Dicho artículo pone de manifiesto que las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad establecidas, tienen como propósito principal la reeducación y reinserción social del interno, quién disfrutará de los derechos fundamentales propios a excepción de aquellos que sean expresamente restringidos, en función del delito cometido, sentido de la pena y ley penitenciaria vigente. El recluso tendrá derecho a un trabajo remunerado así como a los beneficios propios de la Seguridad Social, desarrollándose plenamente a nivel personal y social.
- La Ley Orgánica General Penitenciaria (LOGP): Es un pilar esencial en el Sistema Penitenciario actual debido a que confiere autonomía al sector del ordenamiento jurídico penal, garantizando el cumplimiento de las condenas, asegurando la protección y custodia de los presos.
- Reglamento Penitenciario (RP). A través de este se desarrolla la Ley Orgánica General Penitenciaria (LOGP) descrita anteriormente, en la que se introducen distintas modificaciones en el derecho penitenciario.

Los centros penitenciarios han sido creados para lograr una reeducación y reinserción social eficaz de los internos, así como el cumplimiento de las penas impuestas a los mismos. Dicha finalidad se consigue mediante la creación de espacios que posibilitan la vida en prisión, favoreciendo el proceso de rehabilitación de los reclusos y garantizando su seguridad.

En estos centros se encuentran los reclusos que han cometido una actividad de carácter delictivo donde son ingresados y clasificados en función de una serie de elementos, siendo estos: características personales y familiares, situación penal, delito cometido y ley penitenciaria vigente. Estos espacios cuentan con instalaciones y servicios adaptados y orientados a la realización efectiva del proceso de rehabilitación de los internos. A continuación explico la tipología de centros de internamiento existentes:

- Centros penitenciarios ordinarios: Son espacios de internamiento en un medio cerrado en los que se realizará el cumplimiento de medidas privativas de libertad por orden del juez, así como también la estancia de los presos preventivos que se encuentran a disposición judicial. Dichos centros están dotados de servicios y equipamientos adecuados para su correcto funcionamiento, asemejándose a núcleos urbanos autosuficientes, posibilitando el desarrollo integral de las personas mediante la realización de actividades, programas y tratamientos adecuados al perfil que presenta cada uno de los internos.
- Centros de Inserción Social (CIS): Son centros que están dirigidos a internos que cumplen actualmente condena en régimen abierto o semilibertad, encontrándose ante un proceso avanzado de reinserción social. El objetivo de dichos centros es la gestión de las penas alternativas que no exigen el ingreso en prisión, así como el seguimiento de los liberados condicionales, tratando de lograr el cumplimiento y tratamiento de la pena en libertad, otorgando así, la recuperación total de los mismos. Su función es principalmente residencial permitiendo la integración social de los internos con la demanda social de seguridad existente.
- Unidad de madres. Son instalaciones adaptadas a las madres reclusas con hijos menores de tres años. La creación de estos espacios se fundamenta en el derecho de las madres a residir con sus hijos en dicha unidad hasta el cumplimiento de los tres años de edad de los menores. Su objetivo es conseguir un ambiente adecuado para el

desarrollo de los menores sin alterar la relación materno-filial existente, favoreciendo el desarrollo del menor durante el periodo de estancia en el centro, así como el proceso de reinserción social de la madre. Estos espacios están dotados del equipamiento y las herramientas necesarias para la adecuación de las necesidades de los menores en sus primeros años de vida.

- Hospitales psiquiátricos penitenciarios. Son centros dirigidos al cumplimiento de las medidas de seguridad privativas de libertad a reclusos, que hayan sido diagnosticados de patología psiquiátrica. El ingreso en estos centros se produce por orden del juez, quien manifiesta la inimputabilidad del recluso por presencia de anomalía o alteración psíquica, que imposibilita la comprensión de la ilegalidad del hecho delictivo cometido. Se contará con la colaboración de un equipo de carácter multidisciplinar que asegure el proceso de rehabilitación desde una función asistencial adaptada al modelo de intervención de carácter biopsicosocial. Dicho equipo está constituido por: psiquiatra, psicólogo, médico general, enfermero, educador social, terapeuta ocupacional y trabajador social. La finalidad de estos espacios es el logro de la estabilización psicopatológica del paciente, reduciendo en función del delito cometido su peligrosidad, con la cooperación y coordinación de diversas instituciones encargadas de continuar el tratamiento y seguimiento del paciente en sociedad.
  
- Unidades dependientes. Son espacios de cumplimiento de la pena en medio abierto, su acceso se establece en función de unas características concretas en relación a la situación personal y penal del recluso. El objetivo de estas unidades es favorecer el trabajo de reinserción social iniciado previamente en el centro penitenciario, fortaleciendo los vínculos familiares, sociales, formativos y laborales del interno, así como la asistencia a tratamientos médicos y psicológicos en caso de que sea necesario.

## 4.2 EL ENFERMO MENTAL ANTE EL CÓDIGO PENAL ESPAÑOL

Toda sociedad se compone de un ordenamiento jurídico así como del Código Penal correspondiente que lo regula.

El Código Penal está organizado en la Ley Orgánica 10/1995 del 23 de noviembre. Este documento pone de manifiesto los distintos delitos existentes, así como las faltas que constituyen los presupuestos de aplicación, de la forma suprema que puede revestir el poder coactivo del Estado: pena criminal. Su objetivo es tutelar los valores y principios básicos de la convivencia social, adaptándose a las posibles modificaciones de los mismos.

En el título II del código penal se recogen las causas que eximen de responsabilidad criminal al sujeto en relación al delito cometido, donde se hará especial alusión al art. 20.1 CP en el que se expondrá a quienes estén exentos de responsabilidad, siendo:

*“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.”*

Los sujetos que cumplan los requisitos recogidos en el art. 20.1 CP que se encuentren bajo circunstancias anteriormente descritas, se considerarán exentos de responsabilidad criminal.

Se ha de tener presente el art. 60 CP ubicado en el título III que aborda las disposiciones comunes en relación a los sujetos condenados con TMG:

*“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.*

*“2º. Restablecida la salud mental del penado, éste cumplirá la sentencia si la pena no hubiere prescrito, sin perjuicio de que el Juez o Tribunal, por razones de equidad, pueda dar por extinguida la condena o reducir su duración, en la medida en que el cumplimiento de la pena resulte innecesario o contraproducente.”*

El derecho penal vigente se fundamenta en impedir la condena impuesta en caso de que la persona juzgada sea diagnosticada de un cuadro de salud mental ante la comisión de un delito, dirigiendo la intervención al tratamiento de dicha enfermedad mental evitando así, la asunción de responsabilidad al autor del delito cometido. Ante estos casos la respuesta penal establecida respecto a la imputabilidad del delincuente, es la denominada medida de seguridad impuesta por el sistema punitivo.

En relación a la sustitución de la pena ante la presencia de un posible trastorno o anomalía psíquica es de necesidad hacer referencia al art. 101 CP ubicado en el título IV de dicho código, en el que se recoge:

*“1º. Al sujeto que sea declarado exento de responsabilidad criminal conforme al número 1º del artículo 20, se le podría aplicar si fuera necesaria la medida de internamiento para tratamiento médico o educación especial en un establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se parece, 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.”*

Respecto al cumplimiento de las medidas de seguridad establecidas por el Juez, se debe mencionar cada una de ellas según su tipología, poniendo especial atención en las disposiciones de carácter legal impuestas, relacionadas con casos referentes a la presencia de trastorno mental en el sujeto, ubicadas en el art. 96 CP, siendo estas:

- Medidas de seguridad privativas de libertad: Internamiento en centro psiquiátrico, internamiento en centro de deshabitación e internamiento en centro educativo especial.

- Medidas de seguridad no privativas de libertad: Como por ejemplo, inhabilitación profesional, libertad vigilada, custodia familiar, etc.

### 4.3 PERFIL DE LOS ENFERMOS MENTALES EN PRISIÓN

Según indica la Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía, la prevalencia de los problemas de salud mental en los centros penitenciarios, es una de las mayores preocupaciones que se presenta en la Europa actual. Estos trastornos psiquiátricos en su mayoría están asociados con problemas de drogodependencia previos al ingreso en prisión. Esta situación es un motivo de inquietud para la OMS, Naciones Unidas y la Unión Europea, existiendo la necesidad urgente de actuar en este ámbito (Espuche, Marco y Lara, 2007).

Según indica el informe “La prevalencia de trastornos mentales en prisión: análisis de la relación con delitos y reincidencia” redactado por Zabala (2017) el perfil de los enfermos mentales en prisión está determinado por una serie de factores:

En relación al ámbito educativo se observa un bajo nivel formativo del sujeto sin cualificación profesional y con tendencia creciente al desempleo (Arroyo-Cobo, 2011). A nivel personal, este colectivo presenta un historial de vida complicada marcada principalmente por abusos en la infancia, abandono, malos tratos, ambientes marginales, etc. A nivel clínico se identifica un deterioro cognitivo que afecta a la salud, así como a las capacidades funcionales del sujeto para el desarrollo vital de las AVD, originándose una dependencia en su autonomía personal y social manifestando dificultad en el desarrollo adecuado de sus roles, aumentado su vulnerabilidad al estrés. Se ha de tener en cuenta que dicho colectivo presenta mayores dificultades para relacionarse socialmente haciéndoles más vulnerables que el resto de la población.

Los trastornos mentales son de carácter complejo y crónico determinados por una sintomatología característica de factores personales, sociales y físicos. Dichos elementos influyen en el pronóstico del paciente, negativamente, en caso de consumo de drogas pudiendo derivar en la presencia de una patología dual, aumentando así las dificultades en el proceso de aprendizaje en el ámbito penitenciario (Zabala, 2017).

En referencia al Informe sobre la Salud Mental y Ejecución Penal realizado en Cataluña, se extraen datos relevantes en relación al perfil de los internos con TMG en el ámbito penitenciario, destacando las siguientes ideas sobre dicho colectivo (Capdevila y Ferrer, 2007):

- En relación al primer ingreso en prisión se puede observar un porcentaje de internos más jóvenes (24, 1 años de edad) en relación a la población penitenciaria ordinaria (27, 8 años edad) aproximadamente unos 4 años de media de diferencia entre colectivos.
- Los pacientes diagnosticados de TMG tienen un menor número de antecedentes, el 47, 1% de los internos con problemas de salud mental no tienen previo ingreso en prisión, siendo menos reincidentes en relación a 18,5% de la población ordinaria penitenciaria, quienes sí son reincidentes.
- La duración de la condena en base a la comisión del delito está ligada a la tipología delictiva que se realiza. En relación a la imposición de condenas largas, las penas impuestas a personas con problemas de salud mental están asociadas a delitos contra las personas, siendo un (38,1% frente a 7,1%), y contra la libertad sexual siendo un (7,9% frente a 2,8%) de la población penal ordinaria.
- El colectivo de personas con problemas de salud mental en prisión tiene una menor adaptación al medio penitenciario en relación a las deficiencias y problemática presente en el mismo. Se observa una mayor comisión de incidentes que la población ordinaria penitenciaria, siendo un (3,74% frente a 0,47%) al igual que faltas (7,25% frente a 0,22%).

#### 4.4. ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN PRISIÓN

Según indica el informe “La prevalencia de trastornos mentales en prisión: análisis de la relación con delitos y reincidencia” redactado por Zabala (2017) la Unión Europea alega la necesidad de aplicar la legislación vigente, el uso de servicios pertinentes de la red de salud mental comunitaria, la ampliación de ocupaciones de dispositivos de carácter socio-sanitario en la comunidad, permitiendo el cumplimiento de la pena en los recursos especializados para cada patología, favoreciendo su recuperación y reinserción.

El catálogo de derechos fundamentales engloba el derecho a la vida, integridad física y la protección de la salud. El ejercicio de los mismos está regulado en la ley General de Sanidad 14/1986, en la que se reconoce el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud así como asistencia sanitaria. Dicho derecho ha de ser cumplimentado por los poderes públicos mediante la implantación de las medidas necesarias para llevarlo a cabo. Esta Ley se constituye por un conjunto de principios que permiten el ejercicio de la misma:

- Uso de los servicios sanitarios de carácter universal, gratuito y bajo la financiación de los poderes públicos.
- Deberes y derechos establecidos para los poderes públicos y ciudadanos.
- Descentralización política de la sanidad en las Comunidades Autónomas.
- Ofrecer atención integral de la salud a la población bajo controles de seguimiento de la calidad.
- Incorporación de las distintas estructuras y servicios públicos sanitarios en el Sistema Nacional de Salud, que se compone del conjunto coordinado de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y los Servicios de Salud de las CC.AA. Dicho sistema engloba las funciones y prestaciones sanitarias que garantizan los poderes públicos establecidas en la ley.

En referencia a las patologías psiquiátricas la asistencia sanitaria de las mismas queda regulada en la Ley 16/2003 del 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Dicha ley establece en su disposición sexta el traspaso de los servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias a las CC.AA, para su posterior integración en los servicios autonómicos de salud.

Actualmente esta ley no ha llegado a aplicarse, como consecuencia los propios recursos de carácter asistencial de los centros penitenciarios son quienes se encargan de la atención de las personas con problemas de salud mental, en la detección y estabilización de la patología evitando el deterioro prolongado en el tiempo, así como posibles problemas en el ámbito judicial.

La asistencia a los recursos en el medio penitenciario permite la reinserción de los internos en sociedad siendo derivados a otros dispositivos asistenciales en la comunidad (Fundación Abogacía Española, 2012). Los centros penitenciarios garantizan tanto la administración farmacológica, como la atención especializada ante la presencia de un trastorno mental que se realizará mediante la asistencia de un psiquiatra. Dicha asistencia se establecerá en función de los convenios de colaboración dispuestos por las Consejerías de Sanidad siendo diferente en cada centro y comunidad autónoma. Existen cuatro tipos de asistencia psiquiátrica:

- (a) Médico psiquiatra perteneciente al cuerpo de facultativos de instituciones penitenciarias.
- (b) Médico psiquiatra con función de consultor contratado por el centro penitenciario.
- (c) Médico psiquiatra perteneciente a la red comunitaria de salud mental. Se desplaza al centro penitenciario en función del acuerdo de colaboración determinado previamente.
- (d) Consultas en los servicios de salud mental de la red comunitaria custodiadas por las fuerzas de seguridad del Estado.

Es fundamental hacer mención a dos artículos del Reglamento Penitenciario que se encuentran en el marco legislativo. Los arts. 108 y 209 RP, establecen el derecho de las personas con problemas de salud mental al acceso y disfrute pleno de las prestaciones públicas, así como los recursos necesarios para su salud al igual que el resto de población. La problemática presente es la escasez de plazas y servicios para el internamiento psiquiátrico o bien la ejecución de medidas de seguridad, derivando en el cumplimiento de la pena en centros penitenciarios ordinarios o en hospitales psiquiátricos penitenciarios como cumplimiento de la medida de seguridad impuesta, aislados socialmente de su entorno familiar y social, desvinculándose de cualquier relación.

Los internos con problemas de salud mental, haciendo especial alusión a la psicosis y esquizofrenia son ingresados en módulos de enfermería durante un periodo de tiempo prolongado. De esta forma se imposibilita al paciente la participación en las actividades específicas del tratamiento de rehabilitación psicosocial, así como a las actividades comunes que se desarrollan en el propio centro.

Esto, aumenta las posibilidades de que se produzcan efectos de cronicidad en los trastornos psiquiátricos diagnosticados y por ello, derivaría en el fenómeno de institucionalización psiquiátrica (Castejón et al., 2010)

Por ejemplo, en la Comunidad de Valencia existe un alto índice de centros penitenciarios con problemas en la asistencia y atención de personas con TMG, siendo la consulta de psiquiatría la más elevada, teniendo un seguimiento deficiente y muy limitado en dichos pacientes, estimándose una media de cuatro visitas por interno en el periodo de seguimiento y tratamiento durante el año (Arnau-Peiró et al., 2012).

Las circunstancias de las personas con problemas de salud mental en España fueron reivindicadas por el Defensor del Pueblo Andaluz en uno de sus informes en 1997. En él, se concluye que los centros penitenciarios así como los espacios de los mismos, no son el entorno adecuado para el tratamiento y seguimiento de las personas diagnosticadas de patologías psiquiátricas.

## 5. ACTUACIONES COORDINADAS

### 5.1 POSIBILIDAD DE UNA ATENCIÓN INTEGRAL

La preocupación por la prevalencia del índice de personas con patologías psiquiátricas en los centros penitenciarios como su constante crecimiento, ha implicado la elaboración de recomendaciones realizadas por la OMS, ONU, UE, y Ministerio de Sanidad Español, dirigidas a la atención integral de este colectivo (Arroyo-Cobo, 2011). Dichas sugerencias se basan en el establecimiento de una línea común de calidad y organización entre los distintos dispositivos, garantizando igualdad y constancia con el tratamiento recibido en comunidad, siempre en correspondencia con la patología diagnosticada (Wilson, 2004). Este abordaje se basa en las siguientes pautas de actuación:

- (a) Principio de equivalencia asistencial: Manifiesta el pleno derecho de acceso a la asistencia sanitaria, médica y psiquiátrica de la persona independientemente de la situación penal ante la que se encuentre (Earthrowl, O 'Grady y Birmingham, 2003).
- (b) Asistencia de equipos de carácter multidisciplinar en el proceso de intervención para abordar y dar respuesta a las necesidades clínicas, sociales, jurídicas, personales y familiares que el sujeto presente.
- (c) Necesidad de coordinación interinstitucional y participación de representantes sociales en el proceso (Gunn, 2000; Wilson y Draine, 2006).
- (d) Realización de campañas de sensibilización dirigidas a la sociedad y profesionales pertenecientes al ámbito sanitario, jurídico y social. Tienen como propósito dar a conocer la realidad de dicho colectivo erradicando el estigma social al que se ven asociados, limitando el acceso a los servicios de rehabilitación necesarios (Wilson y Draine, 2006).
- (e) Formación profesional continua en el ámbito penitenciario, dirigida a los funcionarios de vigilancia y profesionales quienes participarán en el proceso de intervención terapéutica con estas personas.
- (f) Implantación de protocolos de actuación con el objetivo de regular: Actuaciones en situaciones de tratamiento involuntario, custodia de las personas con problemas de salud mental desde lugares de detención o centros penitenciarios a los recursos-asistenciales, y traslados urgentes.

## **6. PROPUESTA DE MEJORA EN LA INTERVENCIÓN CON ENFERMOS MENTALES EN PRISIÓN**

Para la realización de la propuesta de mejora en relación a la intervención con enfermos mentales en prisión, he extraído información de la bibliografía anteriormente consultada sobre las propuestas de mejora más significativas en la actualidad.

Una vez realizado el estudio sobre las personas con problemas de salud mental en centros penitenciarios, he considerado oportuno la realización de una propuesta de mejora en el proceso de intervención con dicho colectivo, que será desarrollada una vez la persona sea juzgada y se produzca el ingreso en prisión de la misma.

Una vez comience el proceso de entrada en el centro penitenciario del sujeto, se dará por iniciado el proceso de intervención que se llevará a cabo durante el periodo de estancia del interno. Posteriormente al ingreso en prisión, será de necesaria obligación la realización de una valoración o estudio de la personalidad y condición mental del individuo, que será evaluado por un facultativo especialista en psiquiatría o psicología clínica. Esta actuación tiene como principal objetivo verificar la presencia de una posible patología psiquiátrica que haya sido o no diagnosticada con anterioridad al ingreso en prisión.

La valoración de salud mental anteriormente descrita, será trasladada al equipo multidisciplinar presente en el centro, conformado por: trabajador social, jurista, psicólogo y psiquiatra. En base al informe adquirido, los profesionales realizarán de forma conjunta el PIT, abordándose cada caso de manera individualizada desde una perspectiva multifactorial, poniendo a disposición del sujeto todos los recursos necesarios con la finalidad de establecer un proceso de intervención adecuado a la atención de personas con TMG en el centro penitenciario.

Una vez elaborado el PIT, será el psiquiatra quién determine el tratamiento de carácter farmacológico que el sujeto ha de seguir, así como la clasificación de grado junto con otros profesionales, y la posterior pertenencia del mismo a un programa adecuado a la patología psiquiátrica diagnosticada. Una vez consensuado el proceso de intervención a seguir, el interno será trasladado a la unidad de personas diagnosticadas de enfermedad mental. En dicha unidad el interno recibirá atención sanitaria constante siendo supervisado por el personal penitenciario pertinente.

Posteriormente, teniendo en cuenta la adaptación al espacio asignado, así como las capacidades del recluso, se le ofrecerá la participación en actividades de carácter ocupacional y profesional adecuadas al perfil del mismo, con la finalidad de formar a este colectivo en el ámbito profesional, personal y social a través de programas que faciliten la reinserción a la salida, fomentando su vida en comunidad.

Para que la propuesta anteriormente descrita obtenga resultados positivos en este ámbito, es necesario el cumplimiento de las siguientes pautas de actuación (Hernández, 2011):

- (a) Necesaria la cooperación entre los servicios penitenciarios y los servicios de salud mental- psiquiátricos locales de la red general de servicios públicos: Actualmente el contacto entre ambos dispositivos es escaso, limitando el acceso a los recursos necesarios de las personas con problemas de salud mental.
- (b) Mayor presencia de profesionales en el ámbito de la psiquiatría en salud mental y en los servicios sociales en el medio penitenciario: Es necesaria la existencia de una comunicación y colaboración entre la red de servicios públicos de la población y los servicios penitenciarios, así como entre los servicios de salud mental y los profesionales encargados de la intervención en dicho proceso.
- (c) Incorporación de cuidados preventivos y de promoción de salud mental en los centros penitenciarios: La presencia de una patología psiquiátrica en prisión supone un factor de riesgo para la persona que la padece. La implantación de medidas orientadas a la mejora de esta situación son imprescindibles para un desarrollo positivo de la enfermedad mental. Por ello, es necesaria la reivindicación social de la puesta en marcha de políticas dirigidas a la reinserción y mejora del proceso de intervención de este colectivo en los centros penitenciarios.
- (d) Realización del proceso de intervención desde el inicio hasta la salida del centro penitenciario, así como un seguimiento de los servicios sanitarios de salud mental tras la salida de prisión.
- (e) Promover modificaciones en la red de salud mental comunitaria priorizando los grupos de población con TMG para una detección y prevención temprana en el ámbito penitenciario.

## **7. CONCLUSIONES**

Las personas con TMG en el ámbito penitenciario suponen una de las mayores problemáticas que existen en las cárceles españolas en la actualidad. El ingreso en prisión de los mismos, hace al recluso altamente vulnerable frente a las condiciones a las que se ve expuesto durante su estancia en prisión (Rodríguez, 2017).

Es relevante tener conocimiento de las personas que sufren problemas de salud mental en el ámbito penitenciario permitiendo conocer e identificar qué necesidades a nivel personal, clínico, jurídico y social presentan, así como las vías para poder establecer medidas de solución. De igual manera, conocer la prevalencia facilitará una planificación de los servicios de atención adaptada a las necesidades de las personas con TMG, garantizando una mejora y continuidad en la calidad de los mismos (Rodríguez, 2017).

Desde una perspectiva criminológica, en relación a la comisión de actividades delictivas es fundamental conocer el núcleo de consumo en la población, una vez identificado, es necesaria la elaboración de políticas preventivas de carácter sanitario y social con la finalidad de evitar la comisión de delitos, así como el posterior ingreso en prisión de estas personas. El establecimiento de dichas políticas, favorecerá la reinserción social de los internos consumidores que se encuentran cumpliendo condena. Para la realización de dichos objetivos es necesario establecer colaboración y coordinación con los Servicios Sociales de las restantes Administraciones Públicas y con las Instituciones públicas y privadas para el cumplimiento efectivo de los objetivos que sean planteados (Zabala, 2017).

Por ello, es importante seguir realizando investigaciones sobre la presencia de patologías psiquiátricas en la población reclusa. Se tratará de identificar los factores de riesgo que se vinculan a dicho fenómeno y cómo afecta en la estancia en prisión de este colectivo, el cual se acaba transformando en los denominados reclusos de puerta giratoria: exclusión, delito, prisión, estigmatización, rechazo y exclusión social (Zabala, 2017).

Por todas estas razones, considero de vital importancia hacer especial alusión a la necesidad urgente de una detección temprana en el ámbito penitenciario sobre el colectivo de personas con problemas de salud mental, destacando los trastornos mentales de esquizofrenia.

Como se ha descrito en apartados anteriores, cada vez es mayor la necesidad de proporcionar a los centros penitenciarios, los medios competentes para afrontar los contratiempos propios del padecimiento de una patología psiquiátrica en un espacio como es la prisión.

Es necesaria la creación y aprobación de políticas que establezcan la adopción de medidas de protección de la salud mental, así como la implantación y aplicación de programas dirigidos a la prevención de dichas patologías en centros penitenciarios. Es importante considerar la búsqueda de nuevas alternativas dirigidas a evitar la estancia en prisión de este colectivo, y adecuarlas al problema de salud mental que se presente así como también al perfil del sujeto desde una intervención de carácter individual, evitando la cronificación y deterioro del trastorno mental.

La detección temprana es un elemento clave en la evolución de la enfermedad mental a lo largo del tiempo. El acceso a la misma, permite la implantación de un tratamiento así como la intervención social previa efectiva del paciente diagnosticado de TMG, concretamente, esquizofrenia. Es importante reconocer la importancia de la detección temprana en todos los ámbitos, haciendo especial alusión al ámbito penitenciario, espacios en los que actualmente existe una mayor prevalencia de personas con TMG en la actualidad.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

- Abad, A., Dueñas, C., Carmona, J., Carrasco, J., Fernández, C., Fernández-Osuna, F., Hernández, M., Herrera, R., Márkez, I., Ramos, J., Rendueles, G., Santos, F., y Roig, A. (2003). La Atención a la Salud Mental de la Población Reclusa: Conclusiones y recomendaciones del XX Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. *Revista Norte de Salud Mental*, 17, 64-67.
- Addington, J., Leriger, E., y Addington, D. (2003). Symptom outcome 1 year after admission to an early psychosis program. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(3), 204-207.
- Arroyo- Cobo, J. (2011). Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario: el caso español en el contexto europeo. *Revista española de Sanidad Penitenciaria*, 13(3), 100-111.
- Arnau- Peiró, F., García- Guerrero, J., Herrero-Matías, A., Castellano-Cervera, J., Vera-Remartínez, E., Jorge-Vidal, V., e Iranzo-Tatay, C. (2012). Descripción de la consulta psiquiátrica en centros penitenciarios de la Comunidad Valenciana. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 14(2), 50-61.
- Bravo, M<sup>a</sup>., Vallina, O., San Emeterio, M., Cid, J., Ibáñez, V., González, J., y Fernández, A. (2009). *Consenso sobre Atención Temprana a la Psicosis de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Asociación Vizcaína de Familiares y Personas con Enfermedad Mental. (2014). *La enfermedad mental*. Recuperado de [https://avifes.org/z\\_enfermedad-mental/](https://avifes.org/z_enfermedad-mental/)
- Ban, T., y Ucha-Udabe, R. (1995). *Clasificación de las psicosis*. Buenos Aires: Salerno.
- Belmont, A. (2011). La evolución de la Enfermería Psiquiátrica. *Revista de Enfermería Neurológica*, 10(1), 53-55.
- Capdevila, M., y Ferrer, M. (2007). *Salud mental y ejecución penal*. Cataluña: Centro de Estudios Jurídicos y formación Especializada.

- Castejón, M., Pallares, J., Calero, L., y López, J. (2010, Abril). Plan de atención integral de personas con TMG en el ámbito penal y penitenciario: situación actual y propuestas de intervención psicosocial. *Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental*, 14-24.
- Cerezo, A., y Díaz, D. (2016). El enfermo mental en el medio penitenciario español. *International E-Journal of Criminal Science*, 10(2), 1-24.
- Consejo General de la Abogacía Española. (2012). Los enfermos mentales en el sistema penitenciario: un análisis jurídico. Madrid. Fundación Abogacía Española. Recuperado de <http://www.abogacia.es/wp-content/uploads/2012/10/INFORME-Enfermedad-mental-e-instituciones-penitenciarias.pdf>.
- Crespo, B., Pérez, R., Gaité, L., Peña, M., Mata, I., Rodríguez, J., Martínez, O., Pardo, G., Ayesa, R., González, C., Caseiro, O., y Vázquez-Barquero, J. (2010). Guía de Psicoeducación para las Familias de Personas Diagnosticadas de Psicosis. Gobierno de Cantabria. Conserjería de Sanidad.
- Earthrowl, M., O' Grady, J., y Birmingham, L. (2003). Providing treatment to prisoners with mental disorders: Development of a policy: Selective literature review and expert consultation exercise. *The British Journal of Psychiatry*, 182(4), 299-302.
- España. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado, 24 de noviembre de 1995, núm 281. Referencia: BOE-A-1995-25444.
- Espuche, B., Marco, M., y Lara, R. (2007). *Derechos Humanos en la Frontera Sur*. Recuperado de <https://www.apdha.org/media/informeinmigra07.pdf>
- Florit, A., Cañamares, J., y Collantes, B., Rodríguez, A. (2007). *Atención Residencial Comunitaria y Apoyo al Alojamiento de Personas con Enfermedad Mental Grave y Crónica: Recursos Residenciales y Programas Básicos de Intervención*. Recuperado de <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM007117.pdf>
- Freeman, M., Pathare, S., Drew, N., Funk, M., y Saraceno, B. (2006). *Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental: Derechos Humanos y Legislación*. Recuperado de [https://www.who.int/mental\\_health/policy/legislation/WHO\\_Resource\\_Book\\_MH\\_LEG\\_Spanish.pdf](https://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf)

- Gil, D. (2010). Trabajo Social y atención temprana en psicosis, una propuesta de intervención. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 403–417.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno psicótico Incipiente*. Recuperado de [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_495\\_Esquizofr\\_compl\\_cast\\_2009.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_495_Esquizofr_compl_cast_2009.pdf)
- Grupo PRECA. (2011). *Informe Prevalencia de Trastornos Mentales en Centros Penitenciarios Españoles (Estudio PRECA)*. Recuperado de <http://www.derechopenitenciario.com/comun/fichero.asp?id=2505>.
- Gunn, J. (2000). Future directions for treatment in forensic psychiatry. *The British Journal of Psychiatry*, 176(4), 332-338.
- Hernández, M. (2011). Enfermedad mental y delito: una perspectiva europea. Revista de estudios sociales y de sociología aplicada. *Documentación Social*, (161), 133-150.
- Honorato, J., Arango, C., Sanjuán, J., Ros, S., Vieta, E., Ayuso, J., Sánchez, J., y Rodríguez, J. (2009). *Presente y futuro de las enfermedades mentales más prevalentes*. Recuperado de <https://consaludmental.org/publicaciones/Informeinesmesaludmental.pdf>
- Dirección General de Instituciones Penitenciarias. (2007). *Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario*. Recuperado de [http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/saludpublica/Estudio\\_sobre\\_Salud\\_Mental\\_en\\_el\\_Medio\\_Penitenciario.pdf](http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/saludpublica/Estudio_sobre_Salud_Mental_en_el_Medio_Penitenciario.pdf)
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2017). *La esquizofrenia*. Estados Unidos: Oficina de Política Científica, Planificación y Comunicaciones.
- Joubert, J. (2014). Le normal et le pathologique: relire Canguilhem. *Revue Des Sciences Religieuses*, 73(4), 497-518.
- Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Abel, M., Oehlenschlaeger, J., Christensen, T., Krarup, G., Hemmingsen, R., Jorgensen, P., y Nordentoft, M. (2005). Integrated treatment of first episode psychosis: effect of treatment on family burden. *British Journal of Psychiatry*, 187(48), 85-90.

- Larsen, T., McGlashan, T., Johannessen, J., Friis, S., Gildberg, C., Haahr, U., Horneland, M., Melle, I., Moe, L., Opjordsmoen, S., Simonsen, E., y Vaglum, P. (2001). Shortened duration of untreated first episode of psychosis: Changes in patient characteristics at treatment. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1917-1919.
- Matas, E. (2012). Máster online sanitario de práctica clínica: cómo intervenir paso a paso en esquizofrenia y trastornos psicóticos. (Tesis de maestría). Depto. De Biología Celular, Genética y Fisiología de la UMA, Málaga.
- Morales, A. (Sin fecha) Historia natural de la enfermedad y niveles de prevención. Escuela graduada de salud pública, UPR disponible en: [http://www.rcm.upr.edu/PublicHealth/medu6500/Unidad\\_1/Rodriguez\\_Historia-natural-Prevencion.pdf](http://www.rcm.upr.edu/PublicHealth/medu6500/Unidad_1/Rodriguez_Historia-natural-Prevencion.pdf).
- Mullen, P. (2003). “Peligrosidad, riesgo y predicción de probabilidad” en Tratado de Psiquiatría III (133-152). Barcelona: Psiquiatría editores.
- McGorry, P., Edwards, J., Mihalopoulos, C., Harrigan, S., y Jackson, H. (1996). EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin*, 22(2), 305-326.
- Núñez, M., y López, J. (2009). Psicopatología y delincuencia: implicaciones en el concepto de la imputabilidad. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, 11(2), 1-8.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Recuperado de [https://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf](https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica*. Recuperado de [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/promocion\\_de\\_la\\_salud\\_mental.pdf](https://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf)
- Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. (2018). *Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020*. Recuperado de <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020214.pdf>

- Calvo, A., Kehrmann, L., Moreno, C., Moreno, M., Rapado, M., y Sánchez, T. (2015). *Guía para adolescentes y familias que quieren entender y afrontar la psicosis*. Recuperado de <https://www.ciberisciii.es/media/436748/piensa-guia.pdf>
- Rodríguez, M. (2017). *Excluidos e internados. La problemática de las personas con discapacidad en Centros Penitenciarios*. Recuperado de [http://www.infocoponline.es/pdf/excluidos\\_e\\_internados.pdf](http://www.infocoponline.es/pdf/excluidos_e_internados.pdf)
- Sánchez, O. (2013). *Historia de la enfermedad mental y su atención*. Madrid. Editorial Médica Panaamericana, S.A.
- Sánchez, A. (2000). Responsabilidad, Ley, Salud Mental. Reflexiones en torno al nuevo Código Penal. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 20(73), 109-126.
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2014). Ministerio del Interior. Gobierno de España.
- Vallina, O., Lemos, S., Fernández, P. (2006). Estado actual de la detección e intervención temprana en psicosis. *Apuntes de Psicología*, 24 (1-3), 185-221.
- Wilson, S. (2004). The principle of equivalence and the future of mental health care in prisons. *The British Journal of Psychiatry*, 184(1), 5-7.
- Wilson, A. B. y Draine, J. (2006). Collaborations between criminal justice and mental health systems for prisoner reentry. *Psychiatric Services*, 57(6), 875-878.
- Zabala, C. (2017). Prevalencia de trastornos mentales en prisión: análisis de la relación con delitos y reincidencia. Ministerio del Interior. Gobierno de España.