



Trabajo de Fin de Grado en Criminología

Salud mental y delito: el doble estigma. Análisis
crítico desde la Criminología.

Realizado por: Carmen López Expósito.

Dirigido por: Daniel Gil Martorell.

Doble Grado en Trabajo Social y Criminología.

Curso académico: 2020/2021.

Convocatoria: Primera.

ÍNDICE

RESUMEN	2
1.- INTRODUCCIÓN.....	3
2.- METODOLOGÍA	4
3.- OBJETIVOS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	4
4.- SALUD MENTAL.....	5
4.1- <i>CONCEPTOS CLAVE.....</i>	5
4.2- <i>PERSPECTIVA HISTÓRICA DE LA SALUD MENTAL.....</i>	9
5. EL SISTEMA JUCIAL Y EL SISTEMA PENAL	11
5.1- <i>RELACIÓN ENTRE SALUD MENTAL Y DELITO.....</i>	15
5.2- <i>RELACIÓN ENTRE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD Y DELITO</i>	17
6.- EL ESTIGMA.....	20
6.1- <i>QUÉ ES EL ESTIGMA</i>	20
6.2- <i>CÓMO AFECTA A LAS PERSONAS Y A SUS FAMILIAS</i>	23
7.- EL DOBLE ESTIGMA.....	25
7.1- <i>ÁMBITO LEGISLATIVO Y EJECUTIVO.....</i>	26
7.2- <i>ÁMBITO POLICIAL Y JUDICIAL</i>	27
7.3- <i>ÁMBITO PENITENCIARIO</i>	30
7.4- <i>ESTRATEGIAS CONTRA EL DOBLE ESTIGMA.....</i>	32
8.- ANÁLISIS CRÍTICO Y LÍNEAS DE MEJORA.....	40
9.- CONCLUSIONES.....	46
10.- BIBLIOGRAFÍA.....	48

RESUMEN

Este trabajo consiste en una revisión bibliográfica acerca de la realidad de las personas con enfermedad mental que están en prisión o tienen antecedentes penales, y el doble estigma que se deriva de esta situación. Por ello se explica lo que es la enfermedad mental, su relación con el sistema penal y penitenciario, y la implicación del doble estigma en diferentes ámbitos, así como la intervención de las instituciones en esta situación. Por último, se realiza un análisis crítico desde la Criminología, intentando aportar vías de mejora.

PALABRAS CLAVE

Salud mental, sistema penal, doble estigma, Criminología.

ABSTRACT

This work consists in a bibliographic review about the reality of those people with mental illness who are in prison or have a criminal record, and the double stigma that derives from this situation. This explains what mental illness is, its connection with the penal and penitentiary system, and the implication of double stigma in different areas, as well as the intervention of institutions in this situation. Finally, a critical analysis is carried out from Criminology perspective, trying to provide ways of improvement.

KEY WORDS

Mental health, penal system, double stigma, Criminology.

1.- INTRODUCCIÓN

En este trabajo, como ya se indica en su título, vamos a abordar desde una perspectiva teórica los factores que intervienen en la vida de las personas que reúnen estas dos condiciones: por un lado, padecer un trastorno mental, y por otro, que hayan tenido algún contacto con el sistema de justicia penal, estén en prisión o hayan salido de ella. Cada una de estas condiciones por separado ya implica un importante estigma que dificulta la inclusión de estas personas en la sociedad o el propio proceso de recuperación, por lo que juntas, en forma de doble estigma, prácticamente llevan a este colectivo a la marginación.

Precisamente ese es el motivo por el que surge esta investigación, acercarse más a una realidad presente desde hace mucho tiempo, que sigue afectando a un sector de la población que está en riesgo y tiende a ser olvidado. Se trata de dar a conocer lo que significa la enfermedad mental y su situación en el sistema de justicia y penitenciario, reivindicando la necesidad de luchar contra el estigma asociado a ambos ámbitos.

De esta manera, los contenidos que se van a abordar van en esta línea: por un lado, explicando qué es la salud mental, centrándose en el llamado trastorno mental grave y duradero (TMGD en adelante), sus consecuencias en la vida de las personas afectadas por él, así como los trastornos de la personalidad por su alta prevalencia y relación con el objeto de estudio; por otro, en el sistema judicial y penal, hablando de la relación entre la salud mental y el delito. También se hablará sobre el fenómeno del estigma, tanto explicando lo que es y cómo afecta a las personas, como en su forma de doble estigma, combinando el estigma asociado a la enfermedad mental con el asociado a los antecedentes penales, abordándolo desde diferentes ámbitos y viendo cuál es la respuesta profesional que se le da desde la planificación estratégica. Por último, se va a realizar un análisis crítico de esta situación-problema desde el punto de vista de la Criminología, tratando de esbozar algunas posibles líneas de mejora.

2.- METODOLOGÍA

La metodología que va a seguir este trabajo es la revisión bibliográfica, es decir, es una investigación teórica acerca de lo ya escrito sobre el tema en cuestión. La búsqueda de documentación se ha realizado en fuentes accesibles y fiables, como han sido principalmente en revistas académicas y manuales de Psicología y Psiquiatría, manuales de Criminología, así como en investigaciones o actuaciones realizadas por asociaciones/fundaciones dedicadas a la atención y cuidado de personas con enfermedad mental o personas en procesos de reinserción social tras su paso por prisión. También se accedió a los archivos de organismos públicos como la OMS, la Asamblea General de la ONU, la Confederación de Salud Mental España, el Boletín Oficial del Estado, el Instituto de Mayores y Servicios Sociales, y la Comunidad de Madrid.

3.- OBJETIVOS Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Con lo comentado ya se puede observar que el objetivo principal que persigue este trabajo es el de: profundizar en los diferentes planos del doble estigma que sufren las personas con problemas de salud mental y problemas derivados de la comisión de un delito. De este se pueden desprender los siguientes objetivos específicos:

- 1) Estudiar y analizar fuentes documentales sobre salud mental, prisión/enjuiciamiento y estigma, y la relación entre ellos.
- 2) Conocer y analizar los diferentes ámbitos en los que opera el doble estigma.
- 3) Realizar un análisis crítico desde la Criminología y reivindicar su importancia en este ámbito.

Las preguntas de investigación que van a guiar este trabajo y a las que se pretende dar respuesta con este análisis son:

- a) ¿Qué se conoce sobre la realidad de las personas con problemas de salud mental en el entorno penitenciario?
- b) ¿Cómo se manifiesta en la sociedad el doble estigma ante personas con problemas de salud mental y problemas derivados de la comisión de un delito?
- c) ¿Cuáles son las consecuencias del doble estigma en la vida de las personas afectadas por él?

- d) ¿Qué estrategias o programas existen tanto en la administración de justicia como en la sanitaria o social para luchar contra el doble estigma?
- e) A efectos del estigma y sus consecuencias, ¿qué diferencias hay entre el trastorno mental grave y duradero y otros tipos de trastornos?

4.- SALUD MENTAL

4.1- CONCEPTOS CLAVE

En primer lugar, vamos a conceptualizar la salud mental. La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1948) ofrece la definición de salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. De aquí se desprende que la salud mental, igualmente, es algo más que la ausencia de trastornos o discapacidades mentales. La OMS continúa diciendo que “la salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y el funcionamiento eficaz de la comunidad”.

Pero es la misma organización la que aclara que definir “trastorno mental” es más complejo, dado que no hay un diagnóstico o cuadro clínico unitario, sino trastornos con características comunes.

“El término ‘trastorno’ se usa para implicar la existencia de un conjunto de síntomas y conductas clínicamente reconocibles, asociado en la mayoría de los casos con el malestar y con la interferencia en el funcionamiento personal. La desviación o el conflicto, tomados aisladamente y sin estar ligados a disfunciones personales, no deberían incluirse en la noción de ‘trastorno’, tal como se la define aquí” (OMS, 1992).

Por ello, “al hablar de trastorno mental se puede hacer referencia a la enfermedad mental, la discapacidad intelectual, los trastornos de la personalidad y la toxicomanía” (OMS, 2006).

La clasificación de la psicopatología ha estado dominada tradicional y principalmente por el enfoque médico, creando clasificaciones taxonómicas, como es el caso del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Salud Mental* (DSM, por sus siglas en inglés) o la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE). Pero hoy en día algunos autores, como Whooley (citado en Espinosa y Valiente, 2017), proponen que se abandonen estas taxonomías por su baja fiabilidad y validez, además de centrarse profundamente en la etiqueta que pone a las personas y no en sus posibles problemas. Es decir, por sus efectos perjudiciales de estigmatización y poca utilidad clínica. En la misma línea, Tizón (citado en Espinosa y Valiente, 2017) opina que la etiqueta diagnóstica busca ser un “organizador” de los temores y las dudas (tanto de las personas, como su entorno y los propios profesionales), pudiendo caer en el error de tratar al paciente por su etiqueta y no por lo que piensa, vive, siente o desea.

Por todo esto, y dado que no hay ninguna definición universalmente aceptada del trastorno mental, la mayoría de las definiciones parten de “las cuatro Ds” (por su denominación en inglés) de Freedman (citado en Espinosa y Valiente, 2017):

- **Deviant:** conductas desviadas de las normas de funcionamiento social, por ser diferentes, extremas, inusuales o, incluso, bizarras. Pero a veces lo alterado no es la respuesta del individuo sino la circunstancia experimentada.
- **Distress:** los comportamientos, ideas o emociones experimentados tienen que causar malestar, angustia, desagrado o molestia. Si bien es cierto que en algunos casos se puede dar una sensación de bienestar desproporcionada o inapropiada, o euforia.
- **Dysfunction:** el comportamiento interfiere con el funcionamiento de la persona, su capacidad para llevar a cabo las actividades diarias, por lo que tiende a ser disfuncional. Aunque son comportamientos que molestan, distraen o interfieren con el autocuidado, las relaciones o el trabajo, la disfunción por sí sola no indica necesariamente la presencia de una psicopatología.
- **Dangerous:** el comportamiento puede suponer un peligro hacia la misma persona o terceros. Aunque esto sea cierto, cabe destacar que la investigación sugiere que es la excepción más que la regla.

Por esto mismo, por la amplitud que recoge este concepto, aquí nos vamos a centrar en el TMGD (trastorno mental grave y duradero, ya mencionado), también

conocido antes como enfermedad mental grave o enfermedad mental crónica. Siguiendo a Espinosa y Valiente:

“Actualmente los TMGD son definidos no solo a través de criterios clínicos, sino de temporalidad y de discapacidad, adoptando un modelo integrador que incorpora factores psicosociales en la conceptualización. En cuanto a los diagnósticos, los principales grupos asociados con el TMGD son: los trastornos psicóticos, los trastornos afectivos mayores y los trastornos de personalidad. En cuanto a la temporalidad, se ha utilizado como criterio un periodo de dos años de duración de tratamiento. Finalmente, existe una afectación muy importante del funcionamiento laboral, social y familiar.” (2017, p. 4)

Así pues, profundizaremos un poco más en esta definición, siguiendo a las mismas autoras:

- a) Diagnóstico: antes se mencionaba que las etiquetas diagnósticas tradicionales están en crisis por no adaptarse bien a la individualidad, pero a nivel general dan una gran cantidad de información útil para planificaciones asistenciales del sistema sanitario. Por ello, siguiendo esas clasificaciones nos encontramos que los principales grupos diagnósticos asociados al TMGD son: la esquizofrenia y trastornos psicóticos, caracterizados por presentar trastornos del pensamiento, alucinaciones y síntomas negativos¹, asociados con una gran afectación del funcionamiento, sobre todo en cuanto a relaciones sociales; el trastorno bipolar y trastornos afectivos mayores, que alteran principalmente el estado de ánimo con episodios de manía y/o episodios depresivos; y, por último, los trastornos de personalidad. Sin embargo, existe controversia en incluir a estos últimos en el TMGD, por su dificultad, baja especificidad y consistencia para realizar un diagnóstico.
- b) Temporalidad: son trastornos de larga evolución, siendo considerados hasta crónicos. Se utiliza como criterio una duración de tratamiento de dos años, aunque evidentemente en la realidad la permanencia es mucho mayor. Cabe mencionar que a veces los fármacos proporcionados, si bien reducen y controlan los síntomas, pueden convertir un trastorno grave y eventual en un trastorno crónico.

¹ Síntomas negativos: “alteraciones que se perciben como pasividad o ausencia de las facultades o potencialidades que consideramos normales, como la de pensar con claridad, tener iniciativas vitales, proyectos o propósitos.” (IMSERSO, 2007)

- c) Discapacidad: se valora el funcionamiento de una persona en varias áreas como son el autocuidado, autonomía, autocontrol, relaciones interpersonales, ocio y tiempo libre, y su funcionamiento cognitivo. Conviene recordar que la discapacidad está altamente relacionada con factores sociales, que pueden suponer tanto un riesgo como una protección.

Cabe mencionar aquí que, según el IMSERSO (2007), las personas con TMGD están más expuestas a una serie de problemas, como son tener una esperanza de vida diez años menor que el resto de la población, estar más expuestos a problemas médicos, alta tendencia al consumo abusivo de sustancias, y una alta incidencia de muerte por suicidio (tasa del 10%). Sin olvidar algunos efectos secundarios de la medicación, como la sedación, trastornos metabólicos, etc. Además, presentan una gran tasa de desempleo, por lo que en su mayoría son también dependientes económicamente. Junto a todo esto, otro de los problemas a los que se enfrentan, y en el que vamos a profundizar más adelante, es la estigmatización con la que viven.

También, en dicha publicación del IMSERSO se citan los factores ambientales y personales que afectan a las personas con TMGD, que son:

<i>Factores ambientales</i>	<i>Factores personales</i>
<ul style="list-style-type: none">- Oportunidades a las que pueden acceder.- Idoneidad de las ayudas disponibles.- Actitudes sociales.- Accesibilidad y calidad de los tratamientos.- Pertenencia a determinados grupos sociales.- Normas sociales.- Cultura y estilo de vida marcado por el entorno.- Factores políticos, demográficos, geográficos y naturales.	<ul style="list-style-type: none">- Edad y género.- Circunstancias de su salud o presencia de otras enfermedades.- Estilo de afrontamiento de la enfermedad y personalidad.- Extracción social.- Educación y profesión.- Experiencias pasadas.

Fuente: elaboración propia

En la línea del modelo de atención que se está comentando, las personas con una enfermedad mental en general o con un TMGD presentan las mismas necesidades que el resto de la población: servicios básicos del Estado, tratamiento, apoyo económico, integración en la sociedad, vivienda, trabajo... La diferencia viene marcada principalmente por las facilidades que tengan al acceso de las mismas. Se podría decir que va en escala, teniendo la población general un acceso relativamente sencillo, algo más complejo cuando hablamos de personas con enfermedad mental, y realmente difícil

si son personas afectadas por TMGD. Una de las fuentes de esa dificultad está, de nuevo, relacionado con el estigma que hay entorno a la salud mental.

Algo cada vez más frecuente en los cuadros clínicos y que merece la pena mencionar en esta investigación es el fenómeno de la patología dual. Al hablar de patología dual nos referimos a la existencia simultánea de un trastorno mental y de un trastorno adictivo (Confederación de Salud Mental España, 2020). Tres hipótesis consideradas en el desarrollo de la patología dual son:

“1. Las adicciones, con o sin sustancia, son trastornos primarios e inducen a la aparición de un trastorno mental, principalmente en aquellos casos donde hay una vulnerabilidad previa.

2. Teoría de automedicación: las sustancias se usan para paliar los síntomas psiquiátricos existentes. La elección de la droga no es un proceso al azar, sino que se basa en los efectos que tiene para aliviar los síntomas.

3. La aparición de ambos trastornos se produce como consecuencia de compartir los mismos factores de riesgo (estrés, rasgos de personalidad, factores medioambientales).” (2020, p.7)

Son personas particularmente vulnerables, afectadas por los mismos problemas y necesidades que mencionaba antes relacionados con la salud mental, sumando los derivados del consumo de drogas. También, como es de imaginar, el estigma al que se enfrentan es igual o mayor si cabe.

4.2- PERSPECTIVA HISTÓRICA DE LA SALUD MENTAL

Para comprender la importancia de poder tratar el tema de la salud mental tal y como se está haciendo aquí (basándose en el conocimiento científico y su investigación), es necesario observar cómo ha sido su proceso histórico anterior. Seguiremos el primer capítulo de la publicación del IMSERSO mencionada.

A lo largo de la historia, ha cambiado la forma de comprender y tratar a las personas con enfermedad mental. Generalmente, ha sido considerado uno de los colectivos más desfavorecidos, siendo objetivo de prejuicios, ignorancia, insolidaridad y falta de recursos.

Desde las civilizaciones antiguas como Grecia y Roma, existen referencias a la “locura”, donde la enfermedad estaba asociada con el pensamiento mágico, con lo demoníaco, lo sobrenatural. De estas formas de considerarla todavía encontramos trazas en el presente. Entonces ya había “casas de reposo” para intentar proporcionar ayuda a estar personas, sobre todo si eran de clase alta, aunque la solución más normal era dejarles a su antojo siempre y cuando no causasen algún desorden social.

Del pensamiento mágico se pasó a la religión, sobre todo en la Europa medieval, siendo la caridad su respuesta. Luego a la razón, la Ilustración, con el protagonismo de la ciencia y la industria, donde se hizo más compleja la sociedad, lo que volvió más difícil la inserción para aquellas personas más vulnerables. Pero, a medida que la sociedad tomaba formas más complejas también lo hacía su organización, por lo que se empezaron a contemplar los beneficios del bienestar y el control social por parte de los sistemas políticos.

Pasaron de estar todos los colectivos desfavorecidos en el mismo “saco” a tomar cada uno una etiqueta (con su correspondiente estereotipo y estigmatización), que ha ido cambiando a lo largo del tiempo. Así surgieron las instituciones destinadas a la atención de las personas con enfermedad mental, con estrategias dirigidas a atenderlos, reunirlos en hospitales y asilos, separarlos del resto de la comunidad y recluirllos en instituciones cerradas. Esto es, los manicomios, donde gracias al prestigio de lo científico se llevaron a cabo prácticas insólitas en los enfermos hasta mediados del siglo XX. La fundamentación de estos lugares se asentaba en la idea de incurabilidad de la enfermedad, los miedos que despierta, el querer mantener el control social y rentabilizar los recursos y medios en un contexto de escasez extrema.

Algunos manicomios llegaron a ser tan grandes que constituían de por sí “pueblos o ciudades de la locura”, siendo eficaces en su función de contención y custodia, pero altamente ineficaces en la mejora de los/as internos/as, llegando a resultar incluso más deteriorantes o siendo una sentencia de no retorno.

Debido a los diversos cambios surgidos en la segunda mitad del siglo XX (como los progresos en medicina, el movimiento pro-derechos humanos o la definición de *salud* por la OMS) tuvo lugar un movimiento conocido como La Reforma Psiquiátrica, que denunciaba la situación de desamparo, abandono, precariedad y estigmatización en la que se hallaban las personas con enfermedad mental en el mundo.

Gracias a esta reforma surgió la desinstitucionalización, que revierte la política de institucionalización de los enfermos, adoptando un modelo comunitario para organizar la ayuda y asistencia a la persona enferma manteniéndola en su red social y de apoyo. En España ocurrió en 1985, con el *Informe para la reforma psiquiátrica*, iniciando una serie de reformas que aún hoy siguen en marcha.

Como vemos, el estigma ha ido de la mano de la enfermedad mental casi desde el principio de lo que consideramos humanidad. Hoy en día comenzamos a dar voz a aquellas personas que viven con esta condición, hay organizaciones de diferentes tipos formadas por y para personas afectadas y sus familiares, hay legislación, estrategias y programas a diferentes niveles... Pero todavía queda un camino largo y complicado.

5. EL SISTEMA JUCIAL Y EL SISTEMA PENAL

Como ya se ha dicho antes, otro de los grandes temas de esta investigación es la relación de la salud mental con el sistema judicial y penal. Aquí vamos a tomar como referencia tanto el Código Penal como la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria.

En cuanto al Código Penal, los capítulos II y III del Título I están dedicados a las circunstancias que eximen de la responsabilidad penal y a las que la atenúan, respectivamente. En los artículos 20 y 21 (eximentes y atenuantes) se menciona el caso de las personas con trastorno mental e intoxicación por el consumo de sustancias. La razón de ser de estos artículos es la de proteger a aquellas personas que obran sin comprender la realidad de sus actos o sin poder actuar de acuerdo a dicha comprensión. Por esto mismo, es muy importante que a la hora de procesar o enjuiciar a personas con algún tipo de trastorno, y más en concreto con TMGD, el proceso sea llevado por profesionales con amplios conocimientos en materia de salud mental, para poder evaluar su estado y en qué condiciones se llevó a cabo el supuesto acto ilícito.

Pero si, finalmente las personas con TMGD acaban en prisión, tenemos que fijarnos en la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria para conocer sus derechos y cómo debería ser su tratamiento en ella. Simplemente ya, en su artículo primero, se dice que:

“Las instituciones penitenciarias reguladas en la presente Ley tienen como fin primordial la reeducación y la reinserción de los sentenciados a penas y medidas penales privativas de libertad, así como la retención y custodia de detenidos, presos y penados. Igualmente tienen a su cargo una labor asistencial y de ayuda para internos y liberados.”

Como es sabido, la realidad es que se prima la función de control sobre la de asistencia. Esto es sin considerar la diferencia de tratamiento necesaria entre personas con y sin TMGD. En la ley se recoge aquello que las personas presas deben hacer en su estancia en prisión, pero también lo que la prisión tiene que hacer para con ellos y ellas.

Cabe mencionar aquí los *Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental* (Asamblea General de la ONU, 1991), que en su principio 18 se establecen las garantías procesales que ha de tener una persona con una enfermedad mental, y el 20, dedicado a las que cumplen penas de prisión por delitos penales.

Pero, ¿qué criterios se siguen en las leyes y principios mencionados para aplicar unos preceptos u otros? Tenemos que fijarnos en los conceptos de discernimiento, capacidad, imputabilidad y culpa.

Según el *Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación* (2006), discernimiento hace referencia a la dimensión personal, a la presencia de facultades mentales necesarias para tomar decisiones o cursos de acción. Capacidad, en cambio, refiere a las consecuencias jurídicas de ese discernimiento o de su falta. Es decir, mientras el primero engloba los niveles individuales de funcionamiento, el segundo es su impacto legal y social.

Muchas personas con trastornos mentales mantienen el discernimiento para poder tomar decisiones adecuadamente, pero en el caso del TMGD se ve muy afectado. Es necesario que la legislación lo tenga en cuenta y haya disposiciones adecuadas para la gestión de sus asuntos.

La imputabilidad viene recogida en el mencionado artículo 20 del Código Penal, siendo esta la capacidad de comprensión de un hecho ilícito, por lo que las personas con trastornos mentales suelen ser (o deberían ser) *inimputables* en la mayoría de los casos; y de la mano está la culpa, que es esa acción delictiva llevada a cabo sin el debido cuidado,

pero sin una intencionalidad por parte del sujeto. La culpa difiere del dolo en esa intención, que en el dolo sí está presente.

Lo que se desprende de esto es que las personas con enfermedad mental en general, pero sobre todo con TMGD, en rara ocasión deberían acabar en prisión. Esto no significa que no deban responsabilizarse de sus actos, sino que la medida a tomar debería ir mucho más encaminada al tratamiento psiquiátrico que al castigo, llegando al caso si es necesario del internamiento involuntario, aunque según la OMS la incidencia de esto es mínima, pues la mayoría ingresan voluntariamente o son lo que se conoce como “pacientes que no protestan”. En el caso del ingreso involuntario, este solo debe darse cuando coincidan tres requisitos, que son la presencia de un trastorno mental, el riesgo grave de daño inmediato o inminente y/o la necesidad de tratamiento, y que el ingreso ha de incluir un propósito terapéutico (OMS, 2006).

Aun así, como ya decía, se lleva a prisión a las personas con TMGD. Por eso aquí se van a comentar tres estudios llevados a cabo con este colectivo en el ámbito penitenciario.

Primero, las conclusiones y recomendaciones del XX Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, *La atención a la salud mental de la población reclusa*, que tuvo lugar en Oviedo en el año 2003. En este encuentro se parte de la premisa de que la prisión en sí es un lugar con un alto componente patógeno por el mero hecho de ser privativo de la libertad de las personas. Por destacar algunas de sus conclusiones, mencionar que argumentan que los factores de riesgo estadísticamente significativos para sufrir algún tipo de trastorno mental son los mismos que los que concurren en el perfil sociodemográfico de la población presa, habiendo, además, una prevalencia muy superior de trastornos mentales en la población reclusa sobre la población general. Esto lo que hace es evidenciar la escasez e incapacidad de los recursos destinados a garantizar una buena red de salud mental comunitaria. Es decir, se incumple el principio de equivalencia asistencial, establecido para que las personas en prisión tengan el mismo acceso y condiciones en la asistencia sanitaria que el resto.

Entre sus recomendaciones encontramos, por ejemplo, que cada comunidad autónoma determine sus estructuras clínico-asistenciales para sustituir los hospitales penitenciarios (Sevilla y Alicante), tratando así de contar con más recursos; o la coordinación con Servicios Sociales como soporte de la normalización, rehabilitación y

reinserción social. También proponen la figura del “agente mediador” como elemento facilitador del proceso, que garantice que se cumplan las medidas de seguridad y las resoluciones judiciales.

Luego, el estudio llevado a cabo en 2010 por la Fundación Manantial, *Las personas con TMG en el ámbito penal y penitenciario*, de la mano de la OMS. Comienza diciendo que, precisamente la situación de esos hospitales penitenciarios que acabo de mencionar, en Sevilla y Alicante, “es considerada como el principal problema de la sanidad penitenciaria por diferentes asociaciones de profesionales sanitarios, jurídicos, penitenciarios y sociales, también por asociaciones de defensa de los derechos humanos, así como por la propia Secretaría General de Instituciones Penitenciarias” (2010, p. 1).

Otro elemento que destacan es la calidad asistencial de los centros penitenciarios, pues internan a las personas con TMGD en módulos de enfermería los años de la condena, quedando aisladas y sin participar en las actividades que pueda ofrecer el centro, ya que no existe ninguna específica de rehabilitación psicosocial para presos/as con TMGD. Esto tiene consecuencias en el deterioro y la falta de apoyo social, impidiendo que disfruten de los mismos derechos, no ya que la población general, sino del resto de población reclusa. Así, las cárceles se están convirtiendo en la institucionalización psiquiátrica de nuestro siglo.

Por último, el *Informe de prevalencia de trastornos mentales en centros penitenciarios españoles*, también conocido como *Estudio PRECA*, llevado a cabo en Barcelona (2011). Por destacar algunos datos: la prevalencia de presentar cualquier trastorno mental era del 84,4%: por uso de sustancias (76,2%), por trastorno de ansiedad (45,3%) o por trastorno psicótico (10,7%). Además, los que eran por uso de sustancias muy frecuentemente presentaban comorbilidad con otros (patología dual). Otro de sus resultados más destacable es la clara prevalencia superior de una patología psiquiátrica entre la población reclusa española frente a la población general. También cabe hacer una observación, y es que generalmente los estudios que tratan este tema se fijan en una prevalencia de periodo (último mes, por ejemplo) mientras que este informe usa la prevalencia de vida, por lo que las cifras aumentan considerablemente y reflejan mejor la realidad. Esto es importante porque da lugar a consideraciones como la siguiente: “Ocho de cada diez reclusos han sufrido a lo largo de la vida un trastorno mental incluyendo el consumo de drogas. Y cuatro de cada diez presentan un trastorno mental en el momento actual” (2011, p. 11).

5.1- RELACIÓN ENTRE SALUD MENTAL Y DELITO

Una de las formas en la que poder relacionar ambos conceptos es a través de los que se conoce como la hipótesis psicopatológica de explicación de la criminalidad. Este es el recurso más usado por la sociedad para explicar aquellas conductas desviadas, buscando confirmar un mundo con sentido en el que si alguien comete tales actos es porque “está loco/a”.

En 2015, Santiago Redondo estructuró el *modelo de triple riesgo delictivo*, por el cual hay:

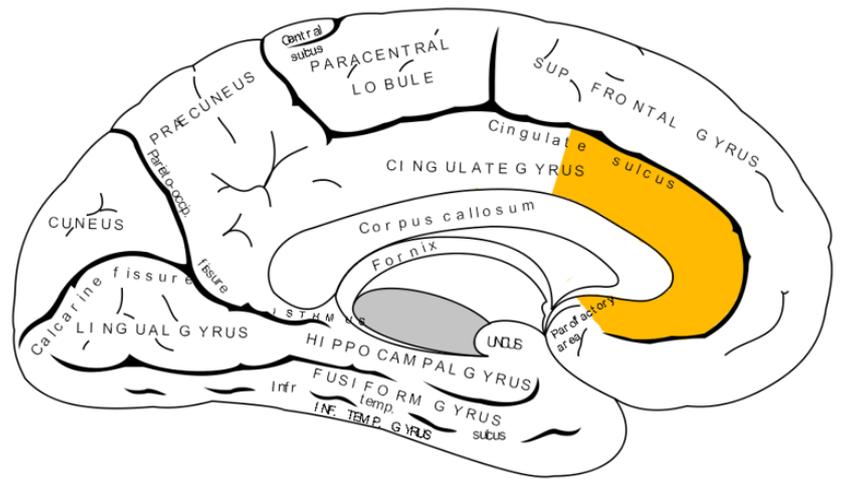
- Explicaciones individuales, como es la biología y rasgos personales (autocontrol, competencias emocionales y de comunicación, mecanismos de toma de decisiones...).
- Explicaciones sociales, es decir, disfunciones a nivel comunitario, presiones sociales, exposición a determinadas influencias y modelos criminales...
- Explicaciones contextuales: las oportunidades delictivas (bienes desprotegidos o interacciones con víctimas potenciales).

Aun siendo esta una explicación de la criminalidad mucho más completa y adecuada, la sociedad en general, a todos los niveles, a menudo se fija solo en esos factores individuales, la enfermedad mental en este caso. Y es que, a pesar de la evolución de los tratamientos psicológicos y farmacológicos, seguimos arrastrando ese oscurantismo que rodea a los trastornos mentales y su estigma, perpetuando esa tendencia a asociarlos con el comportamiento violento.

Otra manera en la que se ha relacionado la enfermedad mental y el delito viene a través de la neurocriminología, que trata de explicar el fenómeno delictual a través de las neurociencias. Precisamente, el desarrollo de las neurociencias afecta mucho a la psicología criminal y a la psicología jurídica, lo que se traduce en que estos avances tienen mucho impacto en la administración de justicia (San Juan y Vozmediano, 2018).

Dicha neurocriminología defiende que el impulso criminal viene por una lesión lóbulo prefrontal o anomalía congénita en el funcionamiento del mismo área. Este planteamiento trae una consecuencia en el sistema legal, ya que hace más complejo determinar la culpabilidad de un supuesto delincuente.

Un estudio que parte de esta concepción es el llevado a cabo en 2010 por el equipo de Harenski (citado en San Juan y Vozmediano, 2018), por el cual, mediante neuroimagen del córtex del cíngulo anterior defienden la posibilidad de predecir la reincidencia de personas internas en centros penitenciarios.



Córtex del cíngulo anterior (en amarillo). Fuente: Wikipedia

También en 2010, Alcázar-Córcoles y sus colaboradores (citado en San Juan y Vozmediano, 2018) realizaron una revisión bibliográfica sobre neuroanatomía y comportamiento antisocial y violento, de la que sacaron conclusiones como que cada vez hay más datos que apoyan que la baja actividad de la corteza prefrontal puede predisponer a actos violentos. Un funcionamiento prefrontal mermado puede significar una pérdida en la inhibición o control de estructuras subcorticales, como la amígdala, considerada como la base del comportamiento agresivo. Desde este punto de vista, estos autores defienden que las lesiones prefrontales se manifiestan en comportamiento arriesgados, irresponsables, transgresores de normas, con estallidos emocionales y agresivos..., que puede predisponer a cometer actos violentos.

Otro ejemplo de revisión bibliográfica sobre este tema más reciente es la de Waller y colaboradores en 2017 (citado en San Juan y Vozmediano, 2018), que relacionan el comportamiento antisocial, no ya con la corteza cerebral, sino con las alteraciones microestructurales de la materia blanca del cerebro.

Por supuesto, algo que conviene aclarar es que la neurocriminología, en su conjunto, no atribuye el comportamiento antisocial y violento por entero a las diferencias estructurales en el cerebro, sino que esta condición significa una vulnerabilidad mayor a la interacción con otros factores de riesgo que se puedan encontrar en el medio social y en el contexto de la persona.

En general, desde cualquier explicación, es muy difícil determinar en la práctica la relación entre un trastorno mental y la comisión de un delito. Es decir, establecer el

grado de imputabilidad (real) resulta especialmente complicado, ya que hay que conocer con total certeza que la comisión de un delito ha sido contemporánea a un trastorno mental y, además, que este último fue la causa de tal delito por mermar en algún sentido la capacidad de entender de la persona y su capacidad volitiva.

Además, no existe un criterio universal y estable que determine el grado de imputabilidad. Si bien es cierto que en estas situaciones lo ideal es siempre valorar cada caso en su individualidad, en la práctica sabemos que eso no es operativo por la sobrecarga del sistema y otros factores. Por ello, sería necesaria algún tipo de herramienta, de escala o instrumento bien diseñado que sirviera para valorar esto, y, si es posible, igualmente hacer ese estudio individualizado del supuesto.

5.2- RELACIÓN ENTRE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD Y DELITO

Según APA (American Psychological Association), los trastornos de la personalidad se caracterizan por un patrón permanente de la experiencia interna y del comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto y que suele iniciarse en la adolescencia o al principio de la edad adulta (2013).

“Se manifiesta por una forma peculiar de percibir o interpretarse a uno mismo o a los demás y los acontecimientos, por una alteración en la respuesta emocional (que suele ser excesiva o inapropiada), de la interacción interpersonal y del control de los impulsos, que resulta desadaptativo en un determinado contexto” (Serrano, 2017).

Por esta misma definición se puede apreciar la controversia que genera la distinción entre la personalidad normal y la patológica.

Según clasificaciones como el DSM o el CIE, para que esas desviaciones de la personalidad normal sean consideradas como trastorno deben ser estables en el tiempo y generar un malestar importante para la persona y/o su entorno cercano, dificultando su funcionamiento en algunas áreas o en general. Esas mismas clasificaciones dividen los trastornos de personalidad en tres grupos o *clústeres*, en función de las características cognitivas, emocionales y de interacción interpersonal de cada uno. Por resumir:

TIPOS	SUBTIPOS	CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES
CLUSTER A "extraño o excéntrico"	Paranoide	Desconfianza o suspicacia ante los demás de forma que sus motivos son interpretados como maliciosos.
	Esquizoide	Distanciamiento de las relaciones sociales y restricción de la respuesta emocional en el plano interpersonal. Recuerda a los síntomas negativos de la esquizofrenia.
	Esquizotípico	Déficits sociales e interpersonales asociados a un malestar agudo, distorsiones perceptivas. Conducta excéntrica. Recuerda a los síntomas positivos de la esquizofrenia.
CLUSTER B "dramático, emocional, inestable"	Antisocial	Historia de trastorno de conducta antes de los 15 años. Patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás.
	Límite	Inestabilidad en las relaciones interpersonales, autoimagen y afectividad. Notable impulsividad.
	Histriónico	Emotividad excesiva y búsqueda de notoriedad y atenciones.
	Narcisista	Patrón de grandiosidad (en la imaginación o en la conducta), necesidad de admiración o falta de empatía.
CLUSTER C "ansiosos o temerosos"	Evitativo	Inhibición social, sentimientos de incapacidad e hipersensibilidad a la evaluación negativa.
	Dependiente	Necesidad excesiva de que se preocupen por uno, conductas de sumisión y temores de abandono.
	Obsesivo	Patrón de preocupación por el orden, perfeccionismo, control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, espontaneidad y eficiencia.

Clasificación de los trastornos de personalidad (DSM-IV-TR). Serrano, 2017.

Por supuesto, tanto el DSM como el CIE presentan algunas limitaciones, como se comentaba al principio, ya que la manifestación de cada trastorno es muy amplia y tiende a identificarse un trastorno con algunos síntomas característicos, dejando de lado otros tal vez menos conocidos pero también propios. Por eso, algunos autores proponen definirlos a partir de los problemas crónicos de relación y el desajuste en el sentido de identidad (Rodríguez, 2015 citado en Serrano, 2017). Otro inconveniente que mencionan es que dichas clasificaciones consideran inflexibles y permanentes algunos patrones de conducta, dando una idea de imposibilidad de cambio.

Si relacionamos los tipos de trastornos de la personalidad expuestos con el delito, vemos que el clúster C queda casi automáticamente descartado (salvo casos excepcionales). Sin embargo, tradicionalmente el A y el B sí que han estado más relacionados, sobre todo en el imaginario colectivo. El A, al igual que la esquizofrenia como trastorno mental, tiene una escasa incidencia en el delito, y si la tiene es fruto de algún brote y sin verdadera consciencia de lo que está pasando. Por su parte, el B sí que es más posible que se vea envuelto en alguna actividad delictiva, especialmente la personalidad antisocial y la personalidad límite: la primera suele mentir, estafar,

distorsionar la realidad, son impulsivos y buscan gratificación inmediata, mostrándose poco empáticos o faltos de arrepentimiento si dañan a alguien; la segunda, ante un profundo temor al abandono compensa con conductas extremas para evitarlo, siendo muy inestables.

Como se puede ver, esa relación con el delito surge de algo muy estudiado en la población general, que es la impulsividad y la agresividad como factor de riesgo individual. Lo que ocurre aquí es que sí de por sí esos dos atributos pueden considerarse como conductas disruptoras en la sociedad, en el caso del trastorno de la personalidad están llevados al extremo.

Si nos fijamos en los datos del *Estudio PRECA* relativos a este tema encontramos que alrededor del 80% de los presos tenían al menos un trastorno de personalidad; 2/3 dos o más trastornos de la personalidad y un 15% solo uno. Los más relevantes eran los del clúster B, con un 44% de trastorno límite de la personalidad, un 33% de trastorno narcisista y un 23% de trastorno antisocial de la personalidad. Si nos fijamos, en cambio, en el clúster A, el tipo más frecuente era el trastorno paranoide (37%).

Por último, decir que el tratamiento (referido a la acción terapéutica) en prisión a los trastornos de personalidad es prácticamente la misma al tratamiento de los trastornos mentales (e igual de escasa e ineficaz), aun habiendo quedado patente que ambas patologías psiquiátricas difieren mucho entre sí; por ejemplo, es sabido que los trastornos de personalidad no afectan a la capacidad volitiva ni cognitiva, mientras que los TMGD sí.

Poco a poco se está consiguiendo una visibilización mayor de la problemática que supone convivir y vivir un trastorno mental, se está luchando poco a poco contra el estigma. Sin embargo, el camino a recorrer en cuanto a los trastornos de personalidad es todavía mucho mayor y menos avanzado, comenzando, simplemente como ejemplo ilustrativo, por la controversia en cuanto a su definición e inclusión en el término de TMGD.

6.- EL ESTIGMA

6.1- QUÉ ES EL ESTIGMA

Aunque desde aproximadamente la segunda mitad del siglo pasado se ha profundizado de mano de múltiples autores y autoras en este término, uno de los que más destaca es Erving Goffman. Este decía:

“Mientras el extraño está presente ante nosotros puede mostrar ser dueño de un atributo que lo vuelve diferente de los demás (...) y lo convierte en alguien menos apetecible -en casos extremos, en una persona casi enteramente malvada, peligrosa o débil-. De este modo, dejamos de verlo como a una persona total y corriente para reducirlo a un ser inficionado y menospreciado. Un atributo de esa naturaleza es un estigma, en especial cuando él produce en los demás, a modo de efecto, un descrédito amplio (...). Debe advertirse también que no todos los atributos indeseables son tema de discusión, sino únicamente aquellos que son incongruentes con nuestro estereotipo acerca de cómo debe ser determinada especie de individuos. El término estigma será utilizado, pues, para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador”. (1963, p. 13)

Aquí, en la presente investigación, estamos abordando al mismo tiempo dos atributos profundamente desacreditadores en la sociedad, que son el padecer un TMGD y el haber pasado por el sistema judicial y/o penal. Estas son dos circunstancias que la sociedad en su conjunto rechaza y, por ende, a las personas que las viven. Por ello se habla del doble estigma, que describiremos más adelante.

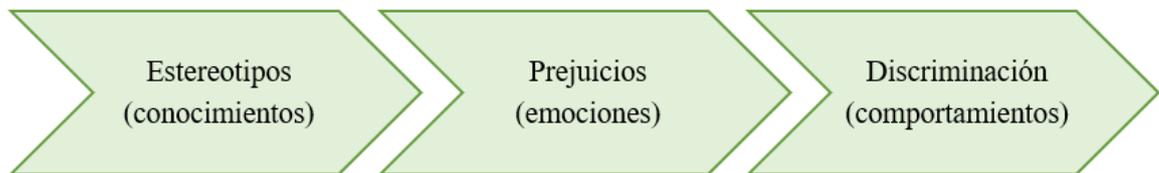
Otra definición más breve y también influyente, es la de Jones et al., de 1984 (citado en Muñoz, Pérez-Santos, Crespo y Guillén, 2009) que dice: “el estigma podría considerarse como una marca (atributo) que vincula a la persona con características indeseables (estereotipos)”.

Por su parte, en 2005 Ottati, Bodenhausen y Newman (citado en Muñoz, Pérez-Santos, Crespo y Guillén, 2009) pusieron de manifiesto tres aspectos del comportamiento social en relación al estigma:

- Estereotipos: incluyen los conocimientos aprendidos por gran parte de las personas de una sociedad. Representan un acuerdo generalizado sobre lo que caracteriza a un grupo determinado de personas, esto es, las creencias sobre ese

grupo. Es la faceta cognitiva del estigma. No obstante, hay que aclarar que el conocimiento sobre un estereotipo no implica el acuerdo con el mismo.

- Prejuicios sociales: son las reacciones emocionales experimentadas cuando se aplica un estereotipo. Se manifiestan en actitudes y valoraciones.
- Discriminación: es todo aquel comportamiento de rechazo que pone a un grupo en situación de desventaja social. Es la materialización de esos prejuicios sociales.



Fuente: Elaboración propia basado en Ottati et al., 2005.

Los estereotipos más comunes relacionados con la enfermedad mental son aquellos que refieren a la supuesta peligrosidad, la violencia, la impredecibilidad, debilidad de carácter, responsabilidad de la propia enfermedad e incompetencia de cuidados. Como se puede apreciar, casi todos están relacionados con conductas desviadas y delito.

Desde los años ochenta se han ido diseñando varios modelos teóricos con el fin de comprender y de explicar los procesos de estigmatización que sufren las personas con enfermedades mentales. Estos modelos pueden agruparse en dos aproximaciones diferentes y complementaria una de la otra: por un lado, un enfoque centrado en los aspectos sociológicos de la estigmatización y, por otro, uno centrado en los aspectos psicosociales de este fenómeno.

Comenzando con los modelos sociológicos, cabe destacar la Teoría del etiquetado de Link en 1987 (citado en Muñoz, Pérez-Santos, Crespo y Guillén, 2009). Según esta, una etiqueta psiquiátrica (en este caso) da paso a una serie de estereotipos culturales, imágenes desfavorables sobre la enfermedad mental que son automáticamente aplicadas a la persona afectada, tanto por parte de los demás como por ella misma, y que conlleva su discriminación. Es decir, es la etiqueta más que el comportamiento de la persona lo que determina el estigma y sus consecuencias.

Esta discriminación no solo se manifiesta en actitudes, sino también en las dificultades de acceso a recursos sociales y económicos, y un amplio abanico de áreas vitales, ya complicado de por sí por los efectos de un TMGD en la persona.

Luego, los modelos psicosociales, por su parte, se desarrollaron para explicar la aplicación específica de esos estereotipos, prejuicios y discriminación. Ottati y sus colaboradores (2005) explicaron que los estudios sobre el fenómeno del estigma pueden dividirse en tres categorías básicas (citado en Muñoz, Pérez-Santos, Crespo y Guillén, 2009):

- a) Aquellos que enfatizan el papel del afecto, considerando que el prejuicio surge como respuesta emocional negativa. Es decir, la raíz del problema se relaciona con las emociones, que pueden formarse por condicionamiento clásico, por malas atribuciones de algunos estados afectivos provocados por estímulos aversivos, o por el desplazamiento de la agresión de lo que provoca el enfado a otro estímulo.
- b) Aquellos que ponen el acento en el papel de la motivación, considerando que el prejuicio sirve a algunas necesidades motivacionales. Esto se traduce en la hipótesis del mundo justo (que lleva a culpar a la víctima), en fijarse más en las diferencias individuales o en querer mantener una imagen individual y social alejada del estigma (rechazo).
- c) Aquellos que se centran en el papel de la cognición, categorizando la explicación del estigma y la formación de los prejuicios. Categorizar, en sí, no es negativo sino una de las formas en las que las personas conocemos las realidades y las clasificamos, como los estereotipos. Lo negativo es que eso se use para crear expectativas que a menudo no son las reales, y se formen los prejuicios.

Como decía, estos modelos son complementarios porque el estigma hacia las personas con trastorno mental es un fenómeno que se podría considerar transversal, es decir, se da en diferentes niveles relacionados entre sí. Estos son según Corrigan y Watson, 2004 (citado en Vicario y Moral, 2016):

- 1) El nivel estructural, el de las instituciones, cuestiones legales y sociopolíticas.
- 2) El nivel social, es decir, el que mantiene la población en general hacia los grupos estigmatizados.
- 3) El nivel interno o autoestigma, que es la internalización de los estereotipos y prejuicios de las personas con enfermedades mentales hacía sí mismas.

Si nos centramos en el autoestigma, vemos que es una forma especialmente cruel del mismo, porque es la propia persona y/o su entorno más cercano quien asimila esos contenidos discriminatorios y perjudiciales del estigma. Experimentan culpa, vergüenza,

negación, evitación de situaciones... Si antes decíamos que el estigma público (el de los dos primeros niveles) causa situaciones que empeoran más aún si cabe la base de la que parten las personas con TMGD para su recuperación, cuando el estigma se internaliza es todavía peor, porque la propia persona no puede, no quiere o no sabe cómo recuperarse, y su entorno cercano igual.

De hecho, el autoestigma es un fenómeno tan complejo que cabe diferenciar tres tipos (Muñoz, Pérez-Santos, Crespo y Guillén, 2009):

- Estigma percibido o anticipado, que es aquel que refiere a las creencias sobre la discriminación o devaluación que va a experimentar una persona por el hecho de padecer un trastorno mental.
- Estigma experimentado, que son esas experiencias estigmatizadoras realmente vividas de rechazo, discriminación...
- Estigma por asociación, el que afecta al entorno cercano de una persona con enfermedad mental o, incluso, a las profesiones que se dedican a ello.

El estigma, en sus diferentes formas y niveles, acarrea una serie de consecuencias que afecta a las personas con TMGD y a sus familias de diversas maneras que vamos a ver a continuación.

6.2- CÓMO AFECTA A LAS PERSONAS Y A SUS FAMILIAS

De todas estas actitudes discriminatorias ligadas al estigma pueden derivarse una serie de consecuencias que afectan a las personas de diversas maneras. Estas consecuencias pueden ser objetivas o subjetivas, según la Confederación de Salud Mental España (2015):

- Las consecuencias objetivas, tanto directas como indirectas, conllevan la imposibilidad de ejercitar una ciudadanía plena. Es decir, sufren conductas de menosprecio, rechazo y distanciamiento social por parte de la población considerada “normal”. Dichas conductas pueden ser más o menos evidentes y en diferentes espacios de la vida cotidiana, originadas por factores estructurales y actitudes personales.
- Las consecuencias subjetivas (el autoestigma referido anteriormente) afectan de una manera especial a las personas con enfermedad mental, sobre todo si es el

caso de un TMGD, porque obstaculizan también su proceso de recuperación. Estas consecuencias pueden darse en sus relaciones sociales (se autculpabilizan, dudan de sus capacidades, se aíslan socialmente...), como en su tratamiento (disminuye su capacidad para pedir ayuda, lo demoran, baja su autoestima, complica el compromiso con el tratamiento, etc.).

Además, estas consecuencias objetivas y subjetivas suele ir ligadas y expresarse de una manera simultánea, sumándose también otras posibles condiciones que reúna la persona, como puede ser pertenecer a alguna etnia minoritaria, tener algún tipo de discapacidad o ser una persona que haya pasado por el sistema penal o penitenciario. Aquí es cuando hablamos del doble estigma, que abordaremos más adelante.

Si nos centramos en el estigma asociado al TMGD vemos que los principales estereotipos tienen que ver con la violencia y/o la agresividad, la peligrosidad y la impredecibilidad. Esto es una muestra de la continuidad de imágenes derivadas de la historia de la salud mental, relacionadas con el “encierro de los locos”, con lo inmoral o “lo malo”. Dicha continuidad es facilitada, entre otras cosas, por los medios de comunicación, por la desinformación que hay sobre las enfermedades mentales y sus características, o por el mal uso de los términos (por ejemplo, a una persona que experimente cambios de humor repentinos se la suele tachar de bipolar cuando realmente eso no tiene por qué implicar un trastorno mental ni, en su caso, sería el bipolar).

También hay prejuicios asociados al estigma del TMGD en forma de culpabilización y responsabilización de la persona sobre su propia enfermedad, por su mera existencia o por no haberlo identificado al principio. Esta culpa también suele extenderse a su familia y seres queridos.

La estigmatización de las familias de personas con TMGD supone una doble vertiente: por un lado, son personas que pueden compartir con el resto de la sociedad los prejuicios sobre la enfermedad mental y sus consecuencias, de tal manera que se convierten en reproductores del estigma; por otro lado, por su cercanía también pueden acabar siendo receptores del mismo estigma, pues existe un “efecto contagio” de este (Confederación de Salud Mental España, 2015).

Lo cierto es que el hecho de que un familiar reciba un diagnóstico de un trastorno mental, especialmente de un TMGD que son los más desdibujados en la sociedad, puede resultar traumático y complejo en toda la familia y seres queridos, y no solo para la

persona afectada. Es una situación que irrumpe y genera cambios en el seno de la familia: se reducen las redes sociales, se incrementa la dependencia de la persona diagnosticada, las propias relaciones familiares pueden volverse más intensas o menos recíprocas...; puede suponer también una tendencia hacia actitudes excesivamente paternalistas, hacia la compasión que puede llegar a invalidar a la propia persona por dudar de sus capacidades; o incluso sentimientos de vergüenza y muestras de ocultación, de continuidad del tabú. Y todo esto se deriva también de esas actitudes y comportamientos negativos asociados a la enfermedad mental, que van en la línea del rechazo, de la culpabilización y del aislamiento.

Otra de las consecuencias puede ser el autoestigma propio de las familias, que puede atribuirse la culpa de la aparición de dicho trastorno basándose en la cultura popular que entiende que la causa puede ser una mala crianza por parte de madres/padres o un “disgusto” de otros familiares, por ejemplo.

Por último, conviene mencionar que en la mayoría de los casos suele recaer en la familia la responsabilidad de una persona enferma que, en muchas ocasiones carecen de apoyo por parte de las instituciones. Esto, sumado al desconocimiento generalizado, puede producir situaciones de desbordamiento familiar, con las diversas consecuencias que eso puede suponer.

7.- EL DOBLE ESTIGMA

En este punto nos centraremos en el doble estigma que sufren las personas con TMGD y que han pasado por el sistema judicial, penal y/o penitenciario, con la intención de mostrar sus implicaciones, así como la respuesta que se le da desde el ámbito de planificación estratégica. Para su explicación, nos apoyaremos en lo expuesto por el estudio realizado en 2015 por Confederación Salud Mental España, relativo a la salud mental y recomendaciones contra el estigma en diferentes ámbitos de la vida y de la sociedad.

7.1- ÁMBITO LEGISLATIVO Y EJECUTIVO

Primero de todo, conviene explicar que hay dos estrategias en el tratamiento legislativo de los derechos de las personas con problemas de salud mental: por un lado, se encuentra la legislación específica que hace alusión directa a sus derechos y libertades; y por otro, la legislación dispersa, que introduce cambios relativos a esta materia en leyes generales, con la intención de reconocer sus derechos. Ambas formas tienen sus ventajas e inconvenientes, si bien es cierto que no se ha podido demostrar empíricamente la mayor eficacia de una sobre la otra. Mientras que la específica es más fácil de llevar a cabo y de adoptar, la dispersa resulta más costosa a la hora de revisar y modificar las leyes existentes. No obstante, se ha criticado a la específica por reproducir el estigma social tratando la salud mental de manera muy aislada del resto de temas, cuando la dispersa sí que cumple esa función integradora y genera menos estigma.

En España, tras la reforma psiquiátrica que tuvo como consecuencia la desinstitucionalización, se apuesta más por la legislación dispersa que incluya objetivos que luchen contra el estigma. Así pues no se da legislación específica en salud mental, si bien es cierto que los derechos de las personas con enfermedad mental son protegidos, por ejemplo, en la Constitución Española de 1978, en la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986) o en el Código Penal (Ley Orgánica 10/1995).

Como se puede apreciar, desde los años ochenta se ha avanzado mucho en materia de desestigmatización de la enfermedad mental desde el punto de vista legislativo. El problema llega cuando hay que poner en práctica dichas leyes, es decir, su cumplimiento.

Es en el poder ejecutivo donde se pueden apreciar estereotipos y prejuicios relacionados con la enfermedad mental entre sus miembros, que ha resultado evidente, por ejemplo, en el proceso de elaboración de la reforma del Código Penal de 2015, donde se equipara a la enfermedad mental con la peligrosidad. Es más, supuso desde el punto de vista de la filosofía del derecho, un cambio del “derecho penal de hecho” (que dice que las consecuencias penales son generadas por las conductas de las personas y no por sus circunstancias) al “derecho penal de autor” (donde los hechos delictivos se vinculan a las características personales del sujeto). Este cambio, en materia de salud mental supuso una mayor propensión a que alguien fuera juzgado como peligroso por tener una enfermedad mental, cuando se ha demostrado que la peligrosidad en un trastorno mental es más bien un prejuicio.

El estigma perpetuado por quienes proponen y elaboran leyes, así como el imaginario colectivo que impregna a las personas de ideas erróneas e injustas acerca de la enfermedad mental, tiene consecuencias en el empeoramiento de la calidad de vida de los/las afectados/as y de su consideración como sujetos de pleno derecho y ejercicio activo de su ciudadanía. En palabras del psiquiatra y sociólogo Marcelino López (citado en Confederación Salud Mental España, 2015) es necesaria una evolución de enfoque en todos los ámbitos, sobre todo en el del desarrollo y aplicación de las leyes que permita la transición entre los términos “loco/a” (que transmite reclusión y peligrosidad) a “ciudadano/a”, para lo que es necesaria también la transición de “enfermo/a” (que connota a alguien que necesita atención sanitaria) a “ciudadano/a”.

7.2- ÁMBITO POLICIAL Y JUDICIAL

En este ámbito se dan situaciones discriminatorias contra las personas que padecen algún trastorno mental, sobre todo si es el caso de un TMGD, de mano de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (FCS en adelante) y miembros de la administración de justicia. Estas situaciones pueden ser los traslados e ingresos en centros sanitarios o psiquiátricos, momentos relativos a la presunta comisión de un delito, de brote o alteración psíquica en la calle, procesos de incapacitación civil... En sí son prácticamente todos aquellos momentos en los que una persona con trastorno mental interactúa con estos ámbitos, reproduciendo el estigma y causando importantes consecuencias negativas en los derechos de las personas con TMGD. Aquí nos centraremos en aquellos supuestos relacionados con la vía penal.

Como hemos dicho, una de las principales ideas estigmatizadoras es la relación entre enfermedad mental y peligrosidad, lo que puede conllevar que las FCS se excedan y se dejen llevar por dicha imagen en sus actuaciones. Algunas reivindicaciones de movimientos asociativos de la salud mental o Defensores del Pueblo (citado en Confederación Salud Mental España, 2015) van en esta línea, argumentando que es inapropiado de las FCS intervengan en los traslados e ingresos: por un lado, son situaciones relacionadas con la salud, no con la seguridad, por lo que su presencia es inadecuada; por otro, algunas veces se exceden en su papel haciendo uso o abuso de medios de contención (como esposas o lazos de seguridad) o de elementos propios (como son luces, sirenas o el uniforme) que pueden agravar considerablemente el estado del paciente. No obstante, dicho uso/abuso de los medios de contención no se da solo en los

traslados, sino también en ocasiones, en los propios hospitales donde se utilizan mecanismos de sujeción mecánica sin evaluar su necesidad.

Cabe poner en valor el ejemplo de la policía autonómica vasca que, en 2002, explicaron en una circular qué tipo de actuación es la mejor a seguir cuando se trata de personas con trastorno mental, ofreciendo las pautas necesarias para ello.

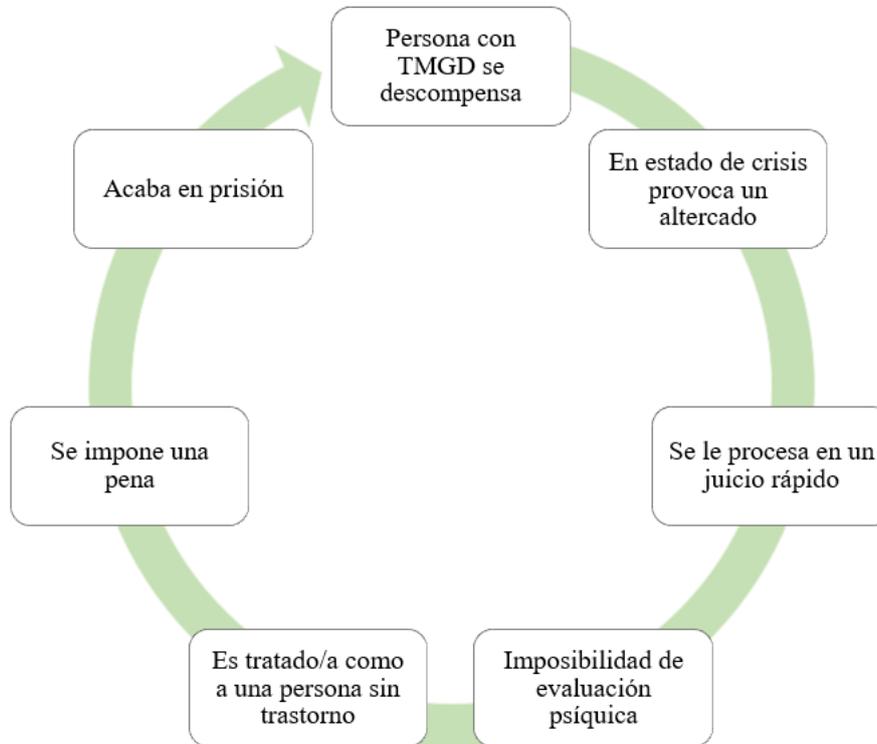
Por otro lado, en los casos de la supuesta comisión de un delito podemos distinguir dos tipos de situaciones en las que interactúan las personas con TMGD y las FCS: momentos en los que hay indicios de la comisión de un delito e incidentes a consecuencia de una descompensación del trastorno mental.

En este sentido, las competencias de las FCS pueden ir encaminadas a la seguridad de las personas previniendo y persiguiendo delitos, o a la ayuda y auxilio de ciudadanos/as que se hallen en situación de riesgo o necesidad por motivos varios (una catástrofe, o una enfermedad, por ejemplo). En función de cuál sea la situación se iniciaría la documentación pertinente en forma de atestado, que tiene que ver con el inicio de un procedimiento penal basado en la comisión de un delito; o un acta, que no tiene carga penal ya que se trata del auxilio comentado.

Pues bien, retomando la idea de peligrosidad mencionada anteriormente, se despliegan actitudes estigmatizantes que vinculan el TMGD con un altercado público con “riesgo añadido” e inseguridad, por lo que prevalece la función que finaliza con un atestado y, con ello, antecedentes penales.

Estos hechos llegan a los juzgados por supuestos delitos de violencia o altercado público, donde a lo mejor han agredido a alguien o a un/a agente inconscientemente. Según una encuesta realizada en 2013 por la Sección de Protección de Personas con Discapacidad de la Fiscalía Provincial de Córdoba (citado en Confederación Salud Mental España, 2015), llegan al Juzgado de Guardia en torno al 15% de personas con trastorno mental o discapacidad psíquica sospechosas de haber cometido alguno de estos delitos. En la misma encuesta dicen que la mayor parte de estos casos se producen por una descompensación. Si, encima, a quien se agrede es a un/a familiar se pone una pena accesoria de orden de alejamiento de su familiar, que suele ser generalmente quien ejerce el rol de cuidador/a. Este caso puede afectar particularmente a la persona con TMGD, pues si incumple esa orden por el mero hecho de estar con su cuidador/a, puede acabar en prisión.

Además, en dicha encuesta también se menciona que más de la mitad de los casos (53,5%) dan lugar a un juicio rápido, donde resulta especialmente complicado (por no decir casi imposible) detectar la presencia de algún trastorno. De hecho, estos juicios rápidos pueden llegar a desencadenar un círculo vicioso para las personas que padecen TMGD.



Fuente: Elaboración propia basado en Confederación Salud Mental España, 2015.

También, otra de las situaciones propias del ámbito judicial que pueden perjudicar a las personas con TMGD es la solemnidad y teatralización con la que se celebran los juicios, en los que se emplean términos desconocidos, vestimentas extrañas..., para este colectivo que les dificulta enormemente la comprensión de lo que está pasando, más si se encuentran en momento de crisis.

En resumen, como se puede apreciar, este es uno de los ámbitos en los que más consecuencias negativas puede tener la reproducción del estigma, fruto del desconocimiento y la desinformación. La discriminación que sufren las personas con TMGD aquí puede verse tanto consecuencia como causa del estigma: como causa por el hecho de reproducirlo de cara a la población general y medios de comunicación; como consecuencia, por el hecho de aplicarlo a la hora de tratar a una persona afectada y condicionar la respuesta en base a ese trastorno mental, a ese prejuicio.

7.3- ÁMBITO PENITENCIARIO

Diversos estudios avalan que el medio penitenciario es patógeno en sí para las personas privadas de libertad, y este configura una realidad a la que cuesta acceder y conocer. Este desconocimiento y ocultismo se vuelve más intenso si hablamos de personas con enfermedad mental en general y TMGD en particular, haciéndoles un colectivo todavía más vulnerable si cabe.

Como hemos mencionado anteriormente, según el Código Penal, a las personas con trastorno mental que cometen un delito se las declara como inimputables, por lo que no deberían ir a prisión, sino a medidas de seguridad en un establecimiento que sea adecuado en función de la alteración psíquica que padezcan. Si, en cambio, durante la instrucción no se detecta la enfermedad mental (como mencionábamos en el caso de los juicios rápidos) y se hace ya en el cumplimiento de la pena, podemos hablar de enfermedad mental sobrevenida, donde se puede aplicar el artículo 60 del Código Penal, que actúa como atenuante si bien no implica la exención de la responsabilidad penal. Entonces se da el supuesto de la “semi-imputabilidad”, que conllevaría el cambio de la pena de prisión por una medida de seguridad revisable.

Los y las profesionales entrevistados para el estudio realizado por Confederación Salud Mental España (2015), argumentan que en prisión se suelen dar actitudes paternalistas y de compasión hacia aquellas personas con enfermedad mental, discapacidad intelectual o adicciones. Esto facilita su atención, que reciban su medicación y tratamiento psicosocial, pero también implica que se prima el punto de vista de la beneficencia sobre el de la autonomía personal.

Sin embargo, el problema fundamental reside en la continuidad de cuidados una vez se abandona la prisión, ya que la población reclusa acarrea un doble estigma: el asociado a la enfermedad mental y el de haber pasado por prisión. Además, el haber pasado por prisión resulta más estigmatizante todavía para las personas con trastornos mentales.

Una muestra de dicha estigmatización es la carencia de recursos específicos para las personas que reúnan ambas condiciones en sus vidas. No solo no hay, sino que en muchos recursos y/o servicios para personas reclusas o exreclusas no son bienvenidas las personas con trastornos mentales; y en los dedicados a personas con problemas de salud mental tampoco lo son las personas que hayan pasado por prisión. Dicha discriminación

también se da en los casos de imputabilidad o semi-imputabilidad. Cabe destacar que una de las causas de que personas que no deberían estar en prisión acaben allí es por esta falta de alternativas.

Esta insuficiencia sirve para ilustrar cómo parece que en España se prima la perspectiva jurídico-penitenciaria sobre la médica a la hora de aplicar la ley. Es más, en la segunda línea estratégica de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud se menciona la necesidad de proporcionar a las personas recluidas en centros penitenciarios una atención sociosanitaria equivalente en sus características a la de la población general. De nuevo, el problema no es la falta de leyes pertinentes sino su aplicación.

De hecho, la falta de recursos específicos unido al doble estigma que sufre este colectivo cuando ya se encuentra en situación de libertad tiene consecuencias negativas en su proceso de integración y rehabilitación social. Es decir, hace más probable que este tipo de personas acabe de nuevo en prisión y con unas condiciones de salud más deterioradas.

Otra de las razones por las que las personas con trastorno mental o con TMGD acaban en prisión es por la ya mencionada detección tardía: no se aprecia la presencia del trastorno durante el proceso penal (por el creciente número de juicios rápidos, por ejemplo) y, aunque muchas medidas son revisables según la ley, en pocas ocasiones se toma un cambio por los complicados procesos a seguir. Es decir, no existen protocolos eficaces de derivación que coordinen este tipo de medidas entre órganos judiciales y atención sociosanitaria pública o con entidades sociales privadas.

Según el Defensor del Pueblo vasco (citado en Confederación Salud Mental España, 2015) se percibe una gran hostilidad en el medio comunitario a la hora de proporcionar apoyo a las personas afectadas por el doble estigma del trastorno mental y de antecedentes penales. Hay una falta de coordinación entre los medios de atención pública, lentitud en medios jurídicos, resistencia a la cobertura asistencial de este colectivo... Todo esto conlleva situaciones de discriminación y vulneración de los derechos humanos.

7.4- ESTRATEGIAS CONTRA EL DOBLE ESTIGMA

La situación que venimos mostrando no es desconocida por los organismos institucionales. De esta manera, se han diseñado varios programas y estrategias que tratan de abordar esta problemática. Aquí nos centraremos, a nivel internacional, en la Declaración de Helsinki y, a nivel nacional, en la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud y en el Programa de Atención Integral al Enfermo Mental en las prisiones españolas (PAIEM).

Primero, la Declaración de Helsinki, fruto de la Conferencia Ministerial de la OMS para la Salud Mental, celebrada en dicha ciudad en enero de 2005. Ya en su primer punto se reconoce que la salud y el bienestar mental son fundamentales en la calidad de vida y la productividad de las personas, por lo que orientan el objetivo principal en materia de salud mental a “mejorar el bienestar de las personas, incidiendo en sus capacidades y recursos, reforzando su resiliencia y aumentando los factores externos de protección” (2005, p. 1). También reconocen como prioridad de la OMS la promoción de la salud mental, su prevención, tratamiento, cuidado y rehabilitación.

En el ámbito de esta declaración destacan que los servicios dirigidos a la población han de prestarse en un amplio abanico de marcos y escenarios comunitarios, atendiendo a la salud mental desde:

- I. “La promoción del bienestar mental.
- II. La eliminación de los estigmas, la discriminación y la exclusión social.
- III. La prevención de los problemas de salud mental.
- IV. La atención a las personas con problemas de salud mental, promocionando servicios e intervenciones integrales y efectivas, y ofreciendo a los usuarios de los servicios y a los cuidadores posibilidades de elección y de implicación.
- V. La recuperación e inclusión en la sociedad de quienes han sufrido problemas graves de salud mental” (2005, p. 2-3).

De estas líneas se desprende una serie de prioridades que tratan de llevar a la práctica dichos ámbitos, adaptándolo a las características propias de cada país, con una esperanza de diez años. Esas prioridades son:

- I. “Concienciar de la importancia del bienestar mental.

- II. Rechazar colectivamente los estigmas, la discriminación y la desigualdad, capacitando y apoyando a las personas con problemas de salud mental y a sus familias para su implicación en todo este proceso.
- III. Diseñar y establecer sistemas de salud mental integrales, integrados y eficientes que cubran la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, asistencia y recuperación.
- IV. Establecer la necesidad de profesionales competentes en las áreas citadas.
- V. Reconocer la experiencia y conocimiento de los usuarios de los servicios y de sus cuidadores, como base importante para la planificación y el desarrollo de servicios de salud mental” (2005, p. 3).

Como vemos, son líneas y prioridades que tratan de abarcar los diferentes planos de intervención en salud mental, incluso el de las propias personas afectadas recogiendo su experiencia como elemento de valor en el diseño de planes y estrategias de cada país.

Las acciones que propone la declaración van en el mismo sentido de lo que se viene comentando. Por eso vamos a destacar tres, cuya aplicación se puede extender también de una manera clara hacia el ámbito penal y penitenciario que hemos descrito anteriormente:

“II. Considerar el potencial impacto que las políticas públicas puedan tener sobre la salud mental, prestando especial atención a los grupos vulnerables, demostrando la importancia que tiene la salud mental en la construcción de una sociedad saludable y productiva.

III. Eliminar los estigmas y la discriminación, garantizar la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas y adoptar la legislación necesaria que posibilite la capacitación de éstas ante situaciones de riesgo o cuando padezcan problemas de salud mental o discapacidad, a fin de lograr su plena participación en la sociedad en condiciones de igualdad.

VII. Ofrecer una atención eficaz e integral a las personas con problemas graves de salud mental, así como un tratamiento que tenga en cuenta sus preferencias personales y las proteja de posibles abusos y negligencias”.
(2005, p. 4).

De igual manera, vamos a destacar algunas de las responsabilidades que la declaración hace recaer en los países que la acogen, fijándonos principalmente en aquellas que pueden aplicarse a la doble condición que marca el presente trabajo:

“IV. Eliminar los estigmas y la discriminación y fomentar la inclusión social, a través de una mayor concienciación de la sociedad y de la capacitación de las personas en situación de riesgo.

VII. Promocionar la salud mental en la escuela y en el trabajo, así como en la comunidad y otros escenarios relevantes, mediante el incremento de la colaboración entre las agencias responsables de la salud y otros sectores de interés.

XI. Desarrollar servicios comunitarios que sustituyan la atención institucionalizada de quienes padezcan problemas graves de salud mental.

XII. Adoptar medidas que pongan fin a los tratos inhumanos o degradantes” (2005, p. 5-6).

En resumen, como se ha podido apreciar, esta es una declaración que habla de la salud mental en términos generales, y de ahí se puede incluir en la adaptación de cada país el ámbito penal o penitenciario, pero al no ser incluido de manera explícita queda a su discrecionalidad, por lo que suele quedar olvidada o recogida de forma marginal.

En España, a raíz de la Declaración de Helsinki se diseña la Estrategia en Salud mental del Sistema Nacional de Salud (2009-2013). Como acabamos de destacar, en ella no se hace alusión directa al ámbito penal o penitenciario, sino que está más encaminada hacia la población en general. Sus líneas estratégicas tienen una clara influencia de la Declaración de Helsinki, siendo las siguientes:

- Línea estratégica 1: “Promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental”.
- Línea estratégica 2: “Atención a los trastornos mentales”.
- Línea estratégica 3: “Coordinación intrainstitucional e interinstitucional”.
- Línea estratégica 4: “Formación del personal sanitario”.
- Línea estratégica 5: “Investigación en salud mental”.

De hecho, si comparamos ambos documentos, vemos que sus líneas son muy similares: en la Estrategia en Salud Mental, en su primera y segunda línea se está aunando las cuatro primeras de la Declaración de Helsinki, y la tercera, cuarta y quinta también se pueden encontrar de una manera similar en la Declaración, en las acciones propuestas. La única diferencia remarcable es que en la Estrategia no se menciona el trastorno mental grave de una manera tan directa y principal (aunque luego en su desarrollo sí que se incluye). Por mostrarlo de una manera más visual:

Estrategia en Salud Mental	Declaración de Helsinki
1. Promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental.	Línea I. La promoción del bienestar mental. Línea II. La eliminación de los estigmas, la discriminación y la exclusión social. Línea III. La prevención de los problemas de salud mental.
2. Atención a los trastornos mentales.	Línea IV. La atención a las personas con problemas de salud mental, promocionando servicios e intervenciones integrales y efectivas, y ofreciendo a los usuarios de los servicios y a los cuidadores posibilidades de elección y de implicación.
(No se incluye)	Línea V. La recuperación e inclusión en la sociedad de quienes han sufrido problemas graves de salud mental.
3. Coordinación intrainstitucional e interinstitucional.	Acción VIII. Establecer alianzas y medidas de coordinación en las regiones, países, sectores y agencias sobre salud mental e inclusión social de los individuos, las familias, los grupos y la comunidad.
4. Formación del personal sanitario.	Acción IX. Diseñar programas de selección y formación de profesionales que permitan contar con profesionales multidisciplinares suficientemente capacitados.
5. Investigación en salud mental.	Acción XII. Investigar y apoyar la evaluación y difusión de las acciones anteriormente citadas.

Fuente: Elaboración propia.

También cabe mencionar que los principios y valores que articulan esta estrategia son los de:

- “Autonomía: capacidad del servicio para respetar y promover la independencia y la autosuficiencia de las personas.
- Continuidad: capacidad de la red asistencial para proporcionar tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo ininterrumpidamente a lo largo de la vida (continuidad longitudinal) y coherentemente, entre los servicios que la componen (continuidad transversal).
- Accesibilidad: capacidad de un servicio para prestar asistencia al paciente y a sus familiares cuando y donde la necesiten.
- Comprensividad: implantación de todos los dispositivos básicos de un servicio en cada área sanitaria. Reconocimiento y la realización del derecho a recibir asistencia en todo el abanico de necesidades causadas por el trastorno mental.
- Equidad: distribución de los recursos sanitarios y sociales, adecuada en calidad y proporcionada en cantidad a las necesidades de la población de acuerdo con criterios explícitos y racionales.
- Recuperación personal: incluye la recuperación de la salud en sentido estricto y de la conciencia de ciudadanía a pesar de la discapacidad causada por el trastorno.
- Responsabilización: reconocimiento por parte de las instituciones sanitarias de su responsabilidad frente a pacientes, familiares y la comunidad.
- Calidad: característica de los servicios, que busca aumentar continuamente la probabilidad de obtener los resultados que se desean, utilizando procedimientos basados en pruebas” (2009, p. 15-16).

No obstante, a pesar de que, como venimos comentando, no se hace mención específica al ámbito penal o penitenciario en relación con la salud mental, en la regulación española sí que encontramos una estrategia específica para la población con trastorno mental y que se encuentra en prisión. Estamos hablando del Protocolo de Atención Integral al Enfermo Mental en Centros Penitenciarios, también conocido como PAIEM, implantado en 2009. Este protocolo es la respuesta de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias a la situación-problema a la que se enfrentan las personas con trastorno mental internas en prisión, reconociendo que no es el medio adecuado para su atención y tratando de poner una solución para ello. En el mismo protocolo se dice:

“No hay una vocación en la Institución Penitenciaria de convertirse en un recurso asistencial capaz de ofrecer una solución integral a estos problemas, sino más bien la de ejercer responsablemente la tarea que le corresponde, la detección temprana de estos casos, la mejor rehabilitación posible de cada enfermo y la correcta derivación a los recursos asistenciales especializados de la comunidad cuando corresponda, tanto al llegar el momento de la libertad como durante su estancia en prisión para mejor seguimiento de su evolución clínica.

De esta forma, la modificación principal introducida respecto al Programa Marco, es que se establece un único Equipo Multidisciplinar de Salud Mental, responsable de la intervención sobre el enfermo desde su detección y diagnóstico hasta su salida en libertad” (2009, p. 2).

El equipo multidisciplinar del que habla el protocolo está compuesto, como mínimo, por personal sanitario, psicólogos, educadores, trabajadores social, y siempre que fuera posible, por profesionales de asociaciones u organizaciones no gubernamentales, juristas, maestros, monitores deportivos, monitores ocupacionales y funcionarios de vigilancia que presten servicio en estos módulos. El propio equipo será el responsable de elegir a un coordinador entre sus miembros, con la finalidad de asegurar el buen funcionamiento del programa.

En sus objetivos se hace mención específica la intervención con problemas graves o crónicos de trastorno mental, y la necesidad de desarrollar objetivos terapéuticos y reinsertadores. Estos son:

- “1º Detectar, diagnosticar y tratar a todos los internos que sufran algún tipo de trastorno mental.
- 2º Mejorar la calidad de vida de los enfermos mentales, aumentando su autonomía personal y adaptación al entorno.
- 3º Optimizar la reincorporación social y la derivación adecuada a un recurso socio-sanitario comunitario” (2009, p. 3).

En la aplicación del protocolo se desarrollan actividades comunes, que fomentan la participación de la población penitenciaria en su conjunto, como pueden ser actividades educativas, formativas, laborales, terapéuticas, ocupacionales, recreativas, culturales y de

ocio y tiempo libre; y actividades específicas, que se dirigen exclusivamente a la población penitenciaria con enfermedad mental, encaminadas a la autonomía en la toma de la medicación, psicomotricidad, autocontrol, autoestima, habilidades sociales... Pero las actividades no solo son grupales, ya que también hay un Programa Individualizado de Rehabilitación, que trata de estudiar cada caso.

Cabe mencionar que este protocolo también incluye un Plan de reincorporación social, con el que se pretende mejorar dicha reincorporación para las personas con trastorno mental y su adecuada derivación a recursos socio-sanitarios comunitarios.

Según la Fundación Manantial, “este protocolo demuestra una profunda concienciación y sensibilidad por parte de Instituciones Penitenciarias, pero adolece de una falta de presupuesto, que hace prever ciertas dificultades para su aplicación en los Centros Penitenciarios” (2010, p. 17). De hecho, esta misma fundación propuso el Plan de Atención Integral a las Personas con TMG en el Ámbito Penal y Penitenciario, cuya misión es “evitar que las personas con TMG ingresen en prisión, promocionando medidas alternativas, y colaborando en la atención integral de los que están, mediante el desarrollo de actividades de apoyo, rehabilitación psicosocial y reinserción en la comunidad” (2010, p. 18). En el siguiente cuadro resumen se pueden ver las funciones que abarca este plan:

Situación	Antes de la sentencia Imputado			Después de la sentencia						
	Sin medidas cautelares	Orden de alejamiento	Prisión preventiva	Condenado			Sometido a medidas de seguridad			
				Privación de libertad	Medio abierto		Medidas alternativas	Privación de libertad		No privativas de libertad
				3er grado	Libertad condicional		Interna HPP	Centro psiquiátrico	Tratamiento externo	
Necesidades	Evaluar la enajenación inadvertida									
	Asesoramiento y orientación									
			Atención integral a su enfermedad							
		Alojamiento		Alojamiento supervisado						Alojamiento
				Permisos Salidas	Preparación	Vida en libertad	Localización permanente			
	Apoyo y supervisión en la comunidad				Apoyo en la comunidad					Apoyo en la comunidad
Intervenciones	1	Formación a jueces y fiscales								
	2	Formación para abogados y forenses								
	3		Formación profes. C.P.							
	4	Ordenación e información								
	5		Rehabilitación psicosocial y laboral							
	6									
	7	Apoyo social y mediación comunitaria								
	8	Coordinación y dirección								

Fuente: Fundación Manantial

Como vemos, la intervención va encaminada a proporcionar información y orientación, atención integral a la enfermedad y, en aquellas situaciones en las que la persona no tiene el adecuado soporte familiar y social para disponer de permisos de salida, un alojamiento supervisado con apoyo. Así, este plan consta de cuatro ramas:

- Programa de apoyo social y mediación comunitaria: consiste en una intervención individualizada que realiza un seguimiento en la comunidad y visitas a domicilio, facilitando los apoyos en la vida diaria, la coordinación con recursos de salud mental y recursos comunitarios. Trabajan en colaboración con los equipos del PAIEM.
- Trabajo en beneficio de la comunidad: mediante un convenio con la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, la Fundación Manantial puede ser un centro para que personas con trastorno mental cumplan dicha pena.
- Programa Reincorpora Salud Mental: en colaboración con La Caixa, diseñan itinerarios personalizados de inclusión sociolaboral para personas que cumplen condena en un centro penitenciario. Tratan de combatir el estigma priorizando el rol de “persona trabajadora” sobre el de “persona enferma y delincuente”, lo que favorece el proceso de recuperación.
- Programa de alojamiento transitorio “Vivienda Puente I”: en colaboración con Janssen, tratan de ofrecer una alternativa residencial a aquellas personas con trastorno mental que carezcan del soporte familiar y social adecuado, lo que dificulta su acceso a permisos de salida, tercer grado penitenciario o libertad condicional.

Como vemos, este plan trata de dar respuesta a las necesidades que presenta un colectivo altamente marginado y estigmatizado. Afortunadamente, no es la única iniciativa que surge del ámbito privado con esta causa, pero sí una de las más relevantes. Aun así, como se ha comentado anteriormente, sigue siendo insuficiente aunque signifique un gran avance en la lucha por los derechos de las personas con trastorno mental que también presenten antecedentes penales.

8.- ANÁLISIS CRÍTICO Y LÍNEAS DE MEJORA

Lo que hemos visto hasta ahora es la perspectiva teórica de una realidad que se plasma en la vida de las personas afectadas por una enfermedad mental y con antecedentes penales. El estigma, a pesar de ser un fenómeno social que pueda parecer abstracto, es algo tangible que ha sufrido, y sufre, este colectivo.

Con el ánimo de ilustrar las implicaciones del estigma, se irán intercalando testimonios extraídos del libro publicado por Obertament (2018), una asociación catalana dedicada a la salud mental que precisamente se esfuerza por combatir el estigma asociado. Cabe aclarar que estos testimonios se centran en el estigma asociado a la enfermedad mental, pero que, como se puede intuir, el doble estigma va a ser todavía más fuerte en sus consecuencias y más silenciado por la sociedad.

Las personas afectadas por el doble estigma son un colectivo altamente marginado y discriminado. Todos los colectivos marginados llevan una etiqueta asociada que la población general deposita sobre ellos y que, a base de expandir el conocimiento y reducir la ignorancia, se ha ido pasando a escenarios más inclusivos, donde estos grupos tenían más cabida. Pues bien, cuando hablamos de personas que padecen un trastorno mental y que, encima, tienen antecedentes penales o han pasado por prisión, todavía no se ha llegado a tal escenario más inclusivo. Es un tema tabú, un tema incómodo para la sociedad, tanto el de la salud mental como el de los antecedentes penales, que actúa como un muro que impide que sean visibilizados. Para la sociedad, esto puede actuar como “protección” contra aquello que se considera indeseable, dentro de unos cánones muy rígidos y dicotómicos sobre lo “bueno” y lo “malo”.

“Una vez se me diagnosticó un trastorno mental severo y crónico. El diagnóstico es útil para asignarme un tratamiento farmacológico y psicosocial, y también me ayuda a conocer qué me pasa. Pero no me ayuda en el sentido de que me identifico con este diagnóstico, y esto también condiciona el trato que recibo por parte de mi entorno. Si mi entorno me relaciona con conceptos negativos, viviré el trastorno como un hecho negativo, y esto hará que mi comportamiento adquiera connotaciones negativas.

El estigma es una marca o etiqueta que vincula a una persona o colectivo a una serie de características o comportamientos que se apartan

de la norma. Esta marca nos identifica exclusivamente y genera una separación entre *nosotros* y *ellos*.

Así pues, si el estigma dice que las personas con trastorno mental son violentas, impredecibles o que no se pueden relacionar, obtenemos discriminación. Es decir, pensamos que nos dan miedo, que nos hemos de alejar o que no nos queremos relacionar con ellas. Como resultado, tendremos exclusión social. Y eso se traduce en menos posibilidades de relación, menos oportunidades laborales y menos posibilidades de recuperar un proyecto de vida” (2018, p. 83).

Como decíamos, el estigma está profundamente relacionado con la ignorancia. En todos los sectores de la sociedad podemos encontrarnos con esto, independientemente de la supuesta sensibilización o responsabilidad que puedan tener.

“Recuerdo una anécdota: fue en 1999 o 2000 cuando hubo un atentado de la organización terrorista ETA en Barcelona. El consejero de Interior de la Generalitat salió a los medios de comunicación y dijo que aquellos terroristas ‘eran unos enfermos mentales’. Ese día supe qué era el estigma por parte de un representante público” (2018, p. 79).

“Tuve mi primer ataque de pánico con 15 años y en urgencias del hospital de mi ciudad, en Portugal, el médico simplemente le dijo a mi madre que yo estaba teniendo un ataque de histeria adolescente y que seguramente había consumido drogas. Tengo la suerte de tener una madre informada y consciente que no ha desistido de buscarme ayuda” (2018, p. 67).

Y esa ignorancia puede pensarse que viene por el desconocimiento propio de la falta de contacto con personas con enfermedad mental, pero nada más lejos de la realidad. Como hemos visto, el estigma también se da en las familias de las personas afectadas, en su círculo social.

“Mis padres no han acabado de entender muy bien ni mi enfermedad ni cómo me sentía cuando me diagnosticaron el trastorno. De las primeras cosas que me dijeron fue que, de eso, no hablara mucho, que tenía que vigilar a quien se lo explicaba. Me hizo sentir muy mal, como si

lo que acababa de pasar fuera algo de lo que me tenía que avergonzar” (2018, p. 135).

“Hace unos dos años tuve que tomar una decisión importante. [...] Tras pensarlo mucho, decidí pedir ayuda a mi mejor amiga. Le expliqué mi trastorno y que necesitaba a alguien o me quedaría siempre en ese pozo oscuro que me ahogaba. Al explicárselo, sentí, por primera vez en mucho tiempo, que podría coger aire y respirar tranquila. Por desgracia, esa sensación duró segundos. Su expresión lo dijo todo: tenía miedo, miedo de su amiga.

Lentamente, se retiró y me dijo que no podía hablarme nunca más, que ella tenía una vida perfecta y no podía tener una amiga con un trastorno mental, porque se le podría pegar. Yo era la misma que hacía diez segundos, pero el estigma es tan grande que pensaba que yo era un peligro para ella y que, por el simple hecho de hablarla, ella podría acabar teniendo el trastorno” (2018, p. 177).

Como vemos, el estigma es realmente poderoso, implica un hándicap enorme en la vida de las personas que tienen que lidiar con él. Pero una característica muy importante de este fenómeno es que puede interiorizarse y reproducirse de mano de los propios individuos. Este es el autoestigma ya comentado en varias ocasiones. Pues bien, este autoestigma también puede actuar proyectándose sobre otros colectivos, es decir, rechazando otras condiciones que puedan “empeorar” su estigma, por miedo a ser todavía más confundidos y discriminados. Este es el caso que describíamos al decir que no existen suficientes recursos para personas con problemas de salud mental relacionadas con la prisión, pues son rechazados tanto por las asociaciones dedicadas a la salud mental como por las dedicadas a población penitenciaria.

Entonces, ¿cómo se puede combatir el doble estigma si es un fenómeno que afecta al propio colectivo desde su interior?

Una posible respuesta podría ser dar un mayor protagonismo a la Criminología en el ámbito profesional dedicado a este colectivo, tanto por la parte de salud mental como, sobre todo, por la del sistema penal y penitenciario.

Hay muchas definiciones sobre la Criminología, y una de las más completas es la propuesta por European Society of Criminology en el año 2000, que dice:

“Todo el conocimiento académico, científico y profesional acerca de la explicación, prevención, control y tratamiento del crimen y la delincuencia, del agresor y la víctima, incluyendo la medición y detección del crimen, la legislación y la práctica del Derecho Penal, el cumplimiento de la ley, y los sistemas judicial y correccional” (citado en Buil, 2016).

Es decir, los y las profesionales de la Criminología tenemos los conocimientos y las aptitudes necesarias para poder intervenir con este colectivo desde las diferentes dimensiones del fenómeno, tanto si son víctimas como agresores/as o ambas: podemos dar una explicación teórica a la situación que atraviesan, medir los factores de riesgo y de protección, evaluar su situación de cara a la posible comisión de un delito o reincidencia, trabajar desde la prevención y la sensibilización...

Por ello, a continuación, se va a proponer una serie líneas de mejora articuladas desde la Criminología, reivindicando la importancia y la utilidad de esta profesión que sigue sin estar presente en la mayoría de ámbitos de la sociedad. Esas líneas de mejora son:

→ **Inclusión de los y las criminólogos/as en los equipos multidisciplinares que trabajan con este colectivo, sobre todo en prisiones.** Como hemos visto al hablar del PAIEM, entre los profesionales que componían los equipos multidisciplinares no se considera la figura del criminólogo/a, a pesar de ser un perfil profesional que, por las competencias que abarca, podría llevar a cabo diversas funciones, como evaluar su posibilidad de reincidencia mediante factores de riesgo y de protección, prevenir dicha reincidencia, informar y asesorar al interno/a o a otros profesionales externos implicados en el caso... También podría ser la figura coordinadora del equipo, pues se posee conocimientos sobre varias disciplinas, como derecho, trabajo social, psicología o medicina legal y forense.

Por esto mismo, sería interesante la participación de los/las profesionales de la Criminología en otros ámbitos, como pueden ser entidades del tercer sector (asociaciones, fundaciones, cooperativas, ONGs, etc.) que trabajen tanto con personas con problemas de salud mental como con la reinserción de exreclusos/as.

→ **Formación de otros profesionales.** Una manera muy eficaz de luchar contra el doble estigma sería la de formar en esta materia a los profesionales que van a tratar a personas con trastorno mental y/o antecedentes penales, puesto que son un colectivo que, como venimos comentando, necesitan una atención y ayuda especial en su reinserción en la sociedad. Al formar a los profesionales en el fenómeno del doble estigma también se está ayudando a las propias personas afectadas a combatirlo, y esto no debería ser algo que dependa de la sensibilización individual de cada profesional, sino una competencia adquirida y bien trabajada.

→ **Diseño de herramientas de medición del riesgo.** Cuando hablábamos de la relación entre la salud mental y el delito decíamos que es verdaderamente difícil conocer el grado de imputabilidad real de una persona, ver si se atravesaba un momento de descompensación del trastorno durante la comisión del supuesto delito, si estaban afectadas su capacidad cognitiva y volitiva... No existe un criterio universal y estable para evaluar estas situaciones, y es un elemento que podría evitar que personas cumplan una pena que no les corresponde.

Esta herramienta de medición del riesgo podría ser diseñada y aplicada por los equipos multidisciplinares pertenecientes a la Administración de Justicia, donde también debería estar presente la figura del criminólogo/a. De hecho, estas herramientas serían de gran utilidad en los juicios rápidos, donde muchas veces los trastornos pasan inadvertidos.

→ **Mayor investigación desde la Criminología sobre este fenómeno.** Hay muy poca documentación específica acerca de las personas con problemas de salud mental en prisión, y la que hay empieza a quedarse anticuada teniendo en cuenta la época tan cambiante que estamos viviendo. Existe mucha documentación, manuales y demás acerca de la salud mental, pero en el momento de relacionarla con la de las personas que hayan cometido un delito, se enfoca hacia la neurocriminología y trastornos con probabilidades de cometerlo en función de sus rasgos y de su diagnóstico. Pero no se va más allá, no se profundiza en las causas o en las consecuencias, ni en las vías de reinserción. De nuevo, una posible explicación de esto es el estigma o, más bien, el doble estigma, que lo convierte en un tema tabú sobre el que la investigación no invierte recursos.

→ **Concienciación como paso previo.** Como ya se ha visto, disponemos de regulación acerca del tratamiento de la salud mental, del estigma, de las personas con trastorno mental en prisión... Pero, son elementos que difícilmente llegan a verse

reflejados en la vida de las personas a las que van dirigidos. Se podría decir que el poco presupuesto dedicado a estos asuntos, es reflejo de una sociedad que no quiere destinar recursos a causas que “no son tan prioritarias”. Efectivamente sí son necesarias, pero es un tema invisibilizado, un tema tabú, en el que se piensa que no merece la pena invertir.

La elaboración de leyes, protocolos, guías de actuación..., deben ir acompañadas de un trabajo de sensibilización en la población acerca de la importancia de esta materia. Sin este trabajo previo, vemos cómo esa regulación no es del todo conocida ni aplicada, no llega a la sociedad.

La concienciación es una herramienta que se emplea en aquellos ámbitos en los que es necesario un cambio de mentalidad, porque se omite una parte de la realidad y se vulneran los derechos de otras personas. Es un proceso lento y costoso, sí, pero necesario para el avance sano de la sociedad, promoviendo estilos responsables de relación con el otro, educación en otras realidades que, aunque puedan parecer lejanas en ciertos sectores de la sociedad, no lo son.

Sensibilizar sobre la importancia de la salud mental no solo va a ayudar a las personas que ya tienen un diagnóstico a lidiar mejor con él, sino que también va a visibilizar que tener un momento de descompensación puede ser visto como algo peligroso y, sin poder remediarlo, entrar en el sistema penal, tener antecedentes, un incidente violento a partir del cual ser juzgado/a y marcado/a el resto de la vida, tanto a la hora de conseguir un trabajo como en las relaciones personales, pudiendo acabar en una situación de aislamiento o de exclusión social. En estos casos, se trata como delincuentes a personas que simplemente no han sido capaces de controlar algo que, de por sí, es realmente difícil de conseguir aun teniendo un tratamiento farmacológico y psicosocial.

Se trata de normalizar la enfermedad mental tanto como lo está la enfermedad física, pues cualquiera es susceptible de padecerla en algún momento de la vida. Y esta normalización tiene que surgir de las propias personas afectadas y de los/as profesionales que trabajan con ellas. Concienciando, educando, sensibilizando, normalizando..., poco a poco, se puede hacer llegar a la sociedad la importancia de la salud mental y de su comprensión.

Pero tampoco podemos dejar de lado la concienciación en cuanto a la reinserción de personas con antecedentes penales. Al impedir su reincorporación en la sociedad, se

incurre en un doble castigo: el de la pena que haya cumplido (ya sea de prisión o de otras medidas) más el del estigma, la etiqueta. El primero tiene un tiempo delimitado, por largo que pueda ser, mientras que el segundo no, es una condición que acompaña a la persona allá donde vaya. Esta situación llega a ser tan condicionante que, en muchos casos la reincidencia es ocasionada por la falta de alternativas de una persona para mantenerse y para relacionarse, porque no saben qué otra cosa hacer o de qué otra manera se puede vivir.

Por tanto, este es uno de esos escenarios donde es necesario reivindicar la posición de la Criminología en la sociedad, dejar claras sus funciones y su utilidad, y demandar mayor presencia en todos los ámbitos, puesto que, como veíamos en su definición, la Criminología es una ciencia que estudia todo lo relacionado con el delito como fenómeno social, y no solo con el crimen violento o el agresor, como se suele pensar.

En el caso concreto que nos ocupa, la atención de personas con problemas de salud mental y con antecedentes penales, ya hemos visto cómo la Criminología puede significar una mejora de la situación, de su comprensión y su tratamiento. Entonces, lo que queda es que esta inclusión empiece a ser efectiva y, de nuevo, somos los propios profesionales los que tenemos que comenzar y promover ese cambio.

9.- CONCLUSIONES

A modo de conclusión, vamos a hacer una breve reflexión acerca del estigma, que ha sido centro de este trabajo.

Aunque pueda parecer que el estigma es un fenómeno social abstracto tiene efectos muy tangibles, como se ha podido apreciar en los testimonios que citábamos antes. Lo que hace el estigma es castigar a alguien por desviarse de la norma, sin importar el contexto, la historia de esa persona, su realidad. Actúa como un enorme muro que marca un “dentro” y un “fuera”: para aquellos/as que están “dentro”, puede parecer que están protegidos, que el sistema funciona, que quien está fuera es porque se lo merece; para quien se queda “fuera”, también se siente como un castigo, uno injusto, pues es por algo que no pueden controlar, pero parece que están en la responsabilidad de hacerlo. Simplemente es cruel.

La ignorancia es dañina. Y, contrariamente a lo que se puede llegar a pensar, también lo es para la propia persona ignorante, pues es posible que en algún momento de su vida pueda llegar a verse “fuera”, y no lo va a entender, no va a saber cómo enfrentarse a ello y su proceso va a ser mucho más lento y complicado.

Ahora mismo, vivimos en una sociedad de positividad vacía, de relaciones fáciles para momentos fáciles, de individualismo..., donde todo lo que sea complicado, amargo, negativo, es expulsado sin remedio. Se oculta toda aquella realidad que pueda resultar incómoda. Lo que antes era tabú ahora ya ni siquiera se contempla que exista, directamente se omite.

Afortunadamente, de manera paralela a dicha negación de la realidad, cada vez son más los colectivos que luchan por su empoderamiento, por su reconocimiento e inclusión; cada vez es mayor el activismo por parte de entidades (sociales, sobre todo) dedicado a visibilizar la situación que viven las personas debido al estigma y a la discriminación.

De hecho, y para terminar, una de esas muestras de visibilización la hemos vivido hace no mucho tiempo, por la cuarentena que hemos pasado confinados en nuestras casas debido a la crisis sanitaria de la COVID-19. Esta ha sido una coyuntura muy difícil para muchísimas familias, que ha servido para mostrar la importancia de la salud mental y del apoyo (tanto por parte de los seres queridos como de las instituciones), ya que hemos vivido situaciones de alta angustia, ansiedad, embotamiento, depresión, paranoia... Y también lo dura que es la vida estando encerrados/as, incluso en nuestros propios hogares, donde tenemos muchas más facilidades que las personas que están en prisión.

10.- BIBLIOGRAFÍA

- Asamblea General de la ONU. (1991, 17 de diciembre). *Resolución 46/119, Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental*.
<https://www.derechoshumanos.net/normativa/normas/onu/igualdad/discapacidad/1991-Principios-proteccion-enfermos-mentales.pdf>
- Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2003). La atención a la salud mental de la población reclusa. *Norte de Salud Mental*, 17. 64-67.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=18442>
- Buil, D. (2016). ¿Qué es la Criminología? Una aproximación a su ontología, función y desarrollo. *Derecho y Cambio Social*, 44. 1-56.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5456246>
- Castejón, MA., Pallarés, J., López, JM. (2010). Las personas con TMG en el ámbito penal y penitenciario. Situación actual y propuestas de intervención psicosocial. *Fundación Manantial*. 14-24.
<https://consaludmental.org/publicaciones/Personasconenfermedadmentalpenitenciario.pdf>
- Confederación Salud Mental España. (2020). *Apuntes sobre patología dual. Propuestas de la red de salud mental España*. Confederación Salud Mental España. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Apuntes-patologia-dual.pdf>
- Espinosa, R., & Valiente, C. (2017). ¿Qué es el Trastorno Mental Grave y Duradero? *EduPsykhé*, 16(1), 4-14.
<https://journals.ucjc.edu/EDU/article/view/4079>
- Fátima, M., & Quiles, MN. (2000). La organización del estigma en categorías: actualización de la taxonomía de Goffman. *Psicothema* 12(3), 458-465.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72712320>
- Fundación Manantial. (s.f.). *Ámbito penitenciario*. Consultado el 16 de marzo de 2021. <https://www.fundacionmanantial.org/ambito-penitenciario/>.
- Goffman, E. (2006). *Estigma: la identidad deteriorada*. (1ª edición. 10ª reimpresión). Amorrortu. (Original publicado en 1963).
- Grupo PRECA. (2011). *Informe: Prevalencia de Trastornos Mentales en Centros Penitenciarios Españoles (Estudio PRECA)*.
<https://consaludmental.org/publicaciones/EstudioPRECA.pdf>

- Hernández, M. (2011). Enfermedad mental y delito: una perspectiva europea. *Documentación social*, 161, 133-152. https://www.academia.edu/31274199/ENFERMEDAD_MENTAL_Y_DELITO_UNA_PERSPECTIVA_EUROPEA
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2007) *Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave*. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. <https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/atenermental.pdf>
- Jefatura del Estado. (1979, 26 de septiembre). *Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria*. Boletín Oficial del Estado. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1979-23708>
- Jefatura del Estado. (1995, 23 de noviembre). *Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal*. Boletín Oficial del Estado. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444>
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2009). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013*. <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>
- Muñoz, M., Pérez-Santos, E., Crespo, M., & Guillén, AI. (2009). *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Editorial Complutense. https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/servicios-sociales/estigma_y_enfermedad_mental_analisis_del_rechazo_social_que_sufren_las_personas_con_enfermedad_mental.pdf
- Obertament. (2018). *Estigma. Historias de vida contra el estigma en salud mental*. Fragile Movement. Colección Vida.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Declaración de Helsinki: Conferencia Ministerial de la OMS para la salud mental*. Organización Mundial de la Salud. <https://consaludmental.org/centro-documentacion/declaracion-helsinki/>
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación*. Organización Mundial de la Salud. https://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (2018, 30 de marzo). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. Organización Mundial de la salud. Consultado el 25 de septiembre. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- RED2RED Consultores. (2015). *Estudio Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma*. Confederación Salud Mental España. <https://consaludmental.org/publicaciones/Salud-Mental-inclusion-social-estigma.pdf>
- San Juan, C., & Vozmediano, L. (2018). *Psicología Criminal*. Síntesis.
- Sanz, J., Gómez-Pintado, P., Ruiz, A., Pozuelo F., & Arroyo, JM. (2014). Programa de Atención Integral al Enfermo Mental en las Prisiones Españolas (PAIEM). Valoración tras cuatro años de funcionamiento. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 16(3), 91-102. <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/365>
- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Dirección General de Coordinación Territorial y Medio Abierto. (2009). *Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios (PAIEM)*. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, Dirección General de Coordinación Territorial y Medio Abierto. <https://consaludmental.org/publicaciones/PAIEM.pdf>
- Serrano, E. (2017). Los trastornos de personalidad. En A. Polaino, C. Chiclana, F, López, G. Hernández, (Eds.), *Fundamentos de Psicopatología* [epub]. ISBN 978-84-15998-50-1.
- Vicario, A., & Moral, M. (2016). Actitudes hacia los trastornos mentales y su asociación percibida con delito: estigma social. *Salud y Sociedad*, 3(7), 254-269. DOI: <https://doi.org/10.22199/S07187475.2016.0003.00002>