La atención sociosanitaria a la salud mental de las personas privadas de libertad en la CAPV

25 URTE AÑOS
ararteko

www.ararteko.net

informes extraordinarios

Vista anterior

La atención sociosanitaria a la salud mental de las personas privadas de libertad en la CAPV

ararteko
Herriaren Defendatzailea
Defensoría del Pueblo

Informe extraordinario de la institución del Ararteko al Parlamento Vasco

Vitoria-Gasteiz 2014

Vista anterior

Esta obra está bajo una licencia Attribution 3.0 Unported de Creative Commons

Para ver una copia de la licencia,
– visite: http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/es/
– o envíe una carta a: Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California 94105, USA.

La **atención** sociosanitaria a la salud mental de las personas privadas de libertad en la CAPV [Recurso electrónico] : informe extraordinario de la institución del Ararteko al Parlamento Vasco / autoría del estudio base, Instituto de Reintegración Social de Bizkaia, IRSE. – Vitoria-Gasteiz : Ararteko, 2014

Recurso en línea (148 p.). – (Informes especiales)

Modo de acceso: World Wide Web

También en CD-ROM (ISBN 978-84-89776-61-6), RTF, HTML y XML

1. Recluso 2. Salud mental 3. Política sanitaria 4. Euskadi

616.89-058.56(460.15)

Para acceder a las publicaciones del Ararteko:

– en la web
– mediante solicitud por correo electrónico
– presencialmente en cualquiera de las tres oficinas, por escrito (Prado 9, 01005 Vitoria-Gasteiz) o por teléfono (945 13 51 18)

ARARTEKO
Autoría del estudio base: Instituto de Reintegración Social de Bizkaia, IRSE-EBI
Multimedia: UTE MANIPULADOS - EPS

índice

Índice

CAPÍTULO I.

Resumen ejecutivo 11

1. Metodología 13
2. Marco competencial 14
3. Análisis del contexto 14
4. Recomendaciones 16

Preámbulo 19

CAPÍTULO II.

Introducción: caracterización de la población penitenciaria 23

CAPÍTULO III.

Prevalencia de la enfermedad mental en prisión 27

CAPÍTULO IV.

Trasferencia de competencias a la CAPV en materia de sanidad penitenciaria 31

CAPÍTULO V.

Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios (PAIEM) de Instituciones Penitenciarias 35

CAPÍTULO VI.

El sistema penal y penitenciario en relación con las personas que padecen enfermedad mental 39

1. Motivos de la entrada en prisión 41
2. La respuesta del Código Penal a las personas con enfermedad mental: las medidas de seguridad 43
3. El cumplimiento de penas en prisión por personas que padecen enfermedades mentales 47

CAPÍTULO VII.

Estudio de campo 49

1. Introducción 51
2. Ámbito 51
3. Metodología cualitativa: fundamentos 52
4. Primera fase del estudio de campo 52
   - 4.1. Descripción de la herramienta: grupos focales 52
   - 4.2. Definición 52
   - 4.3. Guion de los grupos 52
   - 4.4. Desarrollo de los grupos 53
   - 4.5. Proceso de análisis 54
   - 4.6. Tesis grupales 54
   - 4.7. Análisis de los datos obtenidos 55
   - 4.8. Ideas fuerza o núcleos de significado 62
5. Segunda fase del estudio de campo 64
   - 5.1. Descripción de la herramienta: entrevista 64
   - 5.2. Análisis 65

CAPÍTULO VIII.

Aportaciones de las ONG intervinientes en los centros penitenciarios de la CAPV 67

1. Aportaciones recogidas en el año 2011 69
2. Aportaciones recogidas en el año 2013 72

CAPÍTULO IX.

La especial situación de los/as menores de edad y jóvenes privados/as de libertad en la CAPV 75

1. Introducción 77
2. Prevalencia de los trastornos mentales en menores 77
3. Prevalencia de los trastornos mentales en usuarios/as de recursos de justicia juvenil 78
4. Análisis y propuesta de intervenciones eficientes en usuarios/as de los servicios de justicia juvenil 79

CAPÍTULO X.

Conclusiones 81

CAPÍTULO XI.

Recomendaciones 89

CAPÍTULO XII. ANEXOS

Anexo primero: Glosario 97

Anexo segundo: Guion cuestionario estudio de campo 2 (2013) 101

Anexo tercero: Respuestas de entidades a cuestionarios (2011) 105

Anexo cuarto: Respuestas de entidades a cuestionarios (2013) 125

Bibliografía 145

Publicaciones del Ararteko 149

Resumen ejecutivo

capítulo

Vista anterior

Capítulo I

Resumen ejecutivo

Objeto del informe extraordinario

Las funciones que el Ararteko tiene encomendadas están relacionadas con la protección y garantía de los derechos humanos, procurando que las actuaciones y políticas públicas de las administraciones salvaguarden los derechos de las personas, combatiendo eficazmente la desigualdad y la exclusión, especialmente de los colectivos que presentan situaciones de mayor vulnerabilidad. Desde estos principios y a través del presente informe extraordinario, hemos querido realizar un análisis de la atención sociosanitaria de las personas presas que padecen trastornos mentales.

a) Por qué sobre la salud mental de las personas privadas de libertad

Este colectivo de personas, en el que concurre acumuladamente la enfermedad mental y la privación de libertad, se encuentra en una situación de especial vulnerabilidad y, por ello, constituye uno de los grupos de atención preferente por parte de la institución del Ararteko. Al mismo tiempo, los estudios sobre población penitenciaria ponen de manifiesto el importante deterioro de la salud mental de las personas presas y las deficiencias en el sistema de atención sociosanitaria, siendo escasos los medios disponibles.

b) Para qué un informe extraordinario como este

La finalidad no es otra que la de lograr un mayor conocimiento de esta realidad desconocida y olvidada dentro de los muros de las prisiones, con el objetivo de poder realizar un catálogo de recomendaciones dirigidas a las administraciones públicas vascas, focalizadas en el logro de una mejor atención sociosanitaria a las personas presas que sufren trastornos mentales a lo largo de su proceso vital, y en un momento, además, en el cual se ha producido la asunción de funciones en materia de sanidad penitenciaria por el Gobierno Vasco.

1. Metodología

El estudio se ha desarrollado bajo una metodología cualitativa y con diferentes herramientas: un estudio de campo en dos fases claramente diferenciadas: una primera iniciada a finales del año 2010 y desarrollada a lo largo del 2011; y una segunda, de septiembre a diciembre del 2013, destinada a valorar la nueva situación generada con la transferencia de las competencias en materia de sanidad penitenciaria al Gobierno Vasco.

2. Marco competencial

Las competencias en materia penitenciaria no han sido trasferidas a la Comunidad Autónoma del País Vasco (en adelante, CAPV), a pesar de la previsión del artículo 10.14 del Estatuto de Autonomía; sin embargo, por Decreto 140/2011, de 28 de junio, y con efectos de 1 de julio del mismo año, fue aprobada la transferencia de las funciones en materia de sanidad penitenciaria de la Administración del Estado al Gobierno Vasco.

La filosofía que anima esta transferencia es la integración de la sanidad penitenciaria en la comunitaria, lo que supone, como principio, la equiparación de las estrategias y medios dispuestos para la población en general con los destinados a la población penitenciaria, de manera que esta disfrute –sin otras limitaciones que las derivadas de su condena– de los estándares de calidad que ofrece el sistema vasco de salud.

Teniendo en cuenta la situación de partida, se trata de un objetivo ambicioso, al servicio del cual será preciso potenciar al máximo la colaboración entre el personal de Osakidetza y el de Instituciones Penitenciarias, así como el adecuado ajuste y engranaje de estructuras. Nuestro estudio muestra los indudables avances que, en el tiempo transcurrido desde la transferencia, se han producido en ambos aspectos. Pero también da cuenta de la necesidad de superar inercias que aún se observan en el ámbito de la sanidad penitenciaria y que condicionan la atención a las necesidades de tratamiento de presos y presas, como consecuencia de la prioridad que en la práctica de nuestras prisiones reciben las exigencias de régimen y seguridad del establecimiento.

Para ello es preciso, a nuestro juicio, que la definición y atención de tales exigencias no permanezca ajena a los poderes públicos vascos, evitando así que puedan interferir, como en ocasiones sucede, con las que estos adopten en ejercicio de las competencias que les han sido transferidas. Por eso insistimos en la necesidad de completar cuanto antes la transferencia de la totalidad de competencias penitenciarias, de manera que la atención a la salud mental de las personas privadas de libertad forme parte de un modelo de ejecución penal propio. Un modelo coherente e integral que, sin perjuicio de hacer cumplir los fines de la pena, aproveche al máximo, al servicio de la reinserción, las potencialidades y sinergias que ofrecen nuestros sistemas de salud y de acción social, así como la sociedad civil organizada.

En este sentido, las previsiones estatutarias constituyen, a juicio de esta institución, algo más que un título para demandar las transferencias en esta materia: representan también una oportunidad para hacer que la sociedad vasca se responsabilice del uso que se hace en su nombre de la intervención penal, que conozca sus consecuencias y, en la medida en que no le parezcan asumibles desde parámetros de justicia social, promueva el diseño y gestión de un sistema de ejecución penal que no aumente la marginación, ni cronifique los factores que llevan a delinquir a la mayor parte de las personas que pueblan nuestras prisiones.

3. Análisis del contexto

a) Elevadas tasas de encarcelamiento

Durante los últimos años hemos sido testigos de un progresivo endurecimiento del Código Penal, que ha traído como resultado que España sea uno de los países de la Unión Europea con mayor número de personas presas en relación con su población, presentando una de las tasas de encarcelamiento más altas de Europa. Según los últimos datos publicados por el Ministerio del Interior, relativos a diciembre de 2013, la población penitenciaria española asciende en la actualidad a 66.765 personas. A fecha de 17 de diciembre de 2013, **1.430 personas se encuentran presas en los centros penitenciarios de la Comunidad Autónoma de Euskadi**. Resulta sorprendente que la elevada tasa de encarcelamiento no tenga su causa directa en un elevado número de delitos: probablemente se hace un uso excesivo de la aplicación de la prisión y de su previsión como respuesta a determinadas situaciones (véase II).

b) Perfil de las personas presas: exclusión social

El perfil mayoritario de la población penitenciaria española está constituido por hombres (representan el 92%, frente al 8% de mujeres) de entre 31 y 40 años, que proceden de situaciones de **exclusión social** (entornos familiares problematizados, sin estudios ni cualificación laboral, con deteriorados estados de salud tanto física como mental…). Las mujeres y las personas extranjeras inmigrantes presentan situaciones de especial vulnerabilidad (véase II).

c) Casi la mitad de la población presa padece un trastorno mental

El Informe Prevalencia de Trastornos Mentales en Centros Penitenciarios Españoles (Estudio PRECA), el más amplio llevado a cabo en España sobre la prevalencia del trastorno mental en los centros penitenciarios y publicado en junio de 2011, incide en que la prevalencia de la patología psiquiátrica entre la población reclusa española es 5 veces superior a la de la población general, arrojando datos alarmantes: 8 de cada 10 personas presas han sufrido a lo largo de su vida algún trastorno mental.

Según el citado informe PRECA, así como el estudio hecho público por la Dirección General de Instituciones Penitenciarias en junio de 2007, casi la mitad de la población reclusa española padece un trastorno mental. Destaca también que solo el 8% de las personas presas que padecen algún trastorno mental lo hacen sin historia de trastorno por uso de sustancias o la gran **prevalencia de los trastornos de la personalidad: alrededor del 80%** de la muestra analizada tenía al menos un trastorno de la personalidad. Entre los y las **menores usuarios de los Servicios de Justicia Juvenil**, se produce igualmente una alta prevalencia de patologías psiquiátricas (véase III).

d) ¿Por qué acaban en prisión tantas personas afectadas de trastornos mentales? Algunas claves

Durante la tramitación de una causa penal a menudo resulta **INADVERTIDA** la concurrencia de una situación de enfermedad mental en la persona imputada por ausencia de conciencia de enfermedad, falta de formación de los agentes intervinientes, enjuiciamiento rápido, situaciones de indefensión de personas enfermas y excluidas…

En otras ocasiones, se constata la situación de enfermedad mental, pero no se consigue acreditar que la misma haya constituido una causa de inimputabilidad. Especial relevancia tiene en este supuesto la situación de los trastornos de la personalidad, sin diagnóstico compartido de su incidencia en la materia.

En último extremo y debido seguramente a su deficiente y restrictiva regulación legal, también ha de señalarse la escasa aplicación por los órganos judiciales de las medidas de seguridad, **arts. 95 y ss. del Código Penal**, que son la consecuencia jurídica especifica que prevé el ordenamiento jurídico como respuesta al delito cometido por personas que han actuado con sus facultades disminuidas por su trastorno mental, y puede suponer el cumplimiento de la responsabilidad penal en espacios terapéuticos en lugar de en prisión (véase VI.1).

e) La prisión como espacio contraindicado

El medio penitenciario no es un espacio adecuado para el tratamiento de personas con psicopatologías mentales, pues activa determinados síntomas, agrava trastornos mentales previos (en cuanto hecho estresante, convivencia forzada, aislamiento, inactividad…) o genera otros trastornos, en especial adaptativos. La persona enferma entra a un medio que va a resultar perjudicial para su situación de salud, en el que, por lo general, no va a tener acceso a programas específicos de tratamiento, agravándose el carácter aflictivo de la pena y alejándose todo atisbo de que constituya un mecanismo dirigido a su integración comunitaria (véase VI.3).

f) Necesidad de potenciar las medidas de seguridad

En este sentido, parece necesario potenciar la aplicación de las medidas de seguridad, con el fin de evitar el ingreso en prisión y los efectos perjudiciales que para su situación puede acarrear y así facilitar un sistema penal más justo y eficaz, que participe activamente en políticas comunitarias de índole más preventiva y favorezca la integración de las personas que padecen enfermedad mental, evitando la rueda en la que se ven inmersas especialmente aquellas que presentan situaciones de exclusión más acentuadas [véase VI.2.c)].

Como se ha indicado, la aplicación de medidas de seguridad es residual. Así lo revelan los datos: a fecha 10 de diciembre de 2013, existían únicamente 36 medidas de seguridad de internamiento psiquiátrico en la CAPV (Bizkaia: 18, Araba/Álava: 8 y Gipuzkoa: 10) y todas ellas se están cumpliendo en unidades hospitalarias de la red comunitaria. Además, existen 4 personas cumpliendo medida de seguridad en el interior de los centros penitenciarios de la comunidad autónoma. El reducido porcentaje de medidas de internamiento que se están cumpliendo en las prisiones (4 frente a 36) hace pensar en los buenos niveles de ajuste de los pacientes psiquiátricos con cumplimientos penales a los regímenes tratamentales de las unidades hospitalarias, en los que se benefician de un entorno terapéutico normalizado, rehabilitador e integrador [véase VI.2.c)1)].

g) ¿Qué es el PAIEM?

La preocupación por la elevada incidencia de los problemas de salud mental entre la población penitenciaria llevó a la Administración penitenciaria a la elaboración del denominado Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios (PAIEM), como programa marco con un contenido teórico muy amplio, pero una aplicación práctica menor y desigual (véase V).

El reducido número de personas incluidas en el PAIEM, (Nanclares: 33, Basauri: 18, Martutene: 7) evidencia que este programa, a día de hoy, ni incluye ni atiende a todas las personas presas que presentan trastornos mentales y no cuenta con criterios claros de inclusión, estando orientado mayoritariamente a las personas con trastornos psicóticos, si bien tampoco incluye a todos ellos y, por lo general, quedan excluidos del mismo otros trastornos, en particular los trastornos de la personalidad comórbidos con trastornos por uso de sustancias, que son la patología más prevalente.

En cuanto a su contenido, ha de señalarse que implica un seguimiento más intenso por parte del equipo técnico, ya que se trata de facilitar su acceso a actividades y a módulos adecuados. No se cuenta, sin embargo, con actividades específicas para este colectivo y son residuales las intervenciones psicoterapéuticas. Pero la principal carencia que presenta el PAIEM es el estar enfocado hacia el interior de la prisión, esto es, se percibe que el acento está puesto en la contención de los síntomas y la adaptación del paciente al medio, todo ello mediante el abordaje farmacológico principalmente, y que se carece de una mirada más amplia dirigida a conectar con el proceso de la persona en el exterior.

h) La puerta giratoria

La carencia de recursos específicos, el desconocimiento de los existentes y las reticencias a acoger a personas procedentes de prisión, puestas por los dispositivos que la red sanitaria tiene para personas con enfermedad mental, dificultan el itinerario de integración de estos pacientes, en los que el paso de dentro de la prisión al exterior se complica especialmente. Como consecuencia de ello, en ocasiones se prolongan indebidamente sus tiempos de permanencia en el medio penitenciario o se les deriva a recursos no cualificados para atender su problemática, acabando en situaciones de abandono, mendicidad, reincidencia y reingreso en prisión. La persona se ve inmersa en una rueda incongruente

del sistema penal ("situación de puerta giratoria"), acumulando delitos e ingresos en prisión, sin que desde el sistema penal ni desde la asistencia sanitaria se halle el modo de interrumpir esta espiral, en la que parece que lo único que importa es el efecto segregador de la prisión, que libra a la sociedad de la persona con enfermedad infractora.

En este sentido, parece muy relevante ahondar en la coordinación entre Osakidetza e Instituciones Penitenciarias, a todos los niveles, dentro y fuera, conectando el medio penitenciario y la red comunitaria.

4. Recomendaciones

Las conclusiones alcanzadas a partir del estudio de campo realizado, de las aportaciones de las entidades de iniciativa social que trabajan en la inserción social de presos y presas, así como de la documentación administrativa, académica y científica consultada y el conocimiento que nos ha aportado la tramitación de las quejas recibidas en esta institución, nos han llevado a formular las recomendaciones que a continuación exponemos.

A la hora de estructurarlas, hemos optado por tomar como referencia el recorrido vital de la persona privada de libertad, con el fin de hacer más visible que es ella el elemento central del sistema, y la atención a las necesidades que pueda presentar en materia de salud mental, lo que justifica, en última instancia, el papel que en él desempeñan los distintos poderes públicos. Ello tiene dos consecuencias:

- Por un lado, que al formular nuestras recomendaciones debamos referirlas a todas las políticas públicas que integran dicho sistema, con independencia de que nuestra labor de seguimiento y control recaiga específicamente sobre las que desarrollen las administraciones vascas.
- Por otro lado, que con el fin de dotar de la máxima coherencia y sentido integral al conjunto de medidas que preconizamos, debamos comenzar recomendando su integración en un modelo propio de ejecución penal, en el marco de las previsiones estatutarias sobre asunción por Euskadi de las competencias en materia penitenciaria.

Respecto de la ETAPA PREVIA AL INGRESO EN PRISION:

1. Resulta necesario fomentar la aplicación de **MEDIDAS DE SEGURIDAD**, así como del resto de posibilidades y alternativas que ofrece la legislación penal para evitar que las personas afectadas por un trastorno mental cumplan responsabilidades penales en el interior de los centros penitenciarios.

Ello exige, además, disponer de unidades adecuadamente preparadas para el cumplimiento de tales medidas en la red comunitaria.

2. Esconveniente mejorar la **FORMACIÓN** de los y las profesionales del derecho y de la seguridad que entran en relación con la persona que padece enfermedad mental, desde la comisión del hecho delictivo y durante toda la tramitación procesal de la causa.

3. Debe mejorarse la **INSTRUCCIÓN** de los procedimientos judiciales para evitar que pasen inadvertidas situaciones de enfermedad mental y, en este sentido, debe vigilarse especialmente el riesgo de incurrir en automatismos propiciados por la legislación para el enjuiciamiento rápido de determinados delitos.

4. Es preciso incidir en la necesidad de facilitar el trabajo de la **Clínica Médico-Forense** en la valoración de la salud mental de una persona y su incidencia en los hechos, **fortaleciendo la coordinación de la misma con la red de salud mental de Osakidetza**, de manera que las y los peritos puedan contar con los antecedentes clínicos necesarios. Igualmente, procede favorecer el acceso de Osakidetza a los informes forenses, con el fin de mejorar la atención comunitaria que se ofrece a la persona con enfermedad mental que haya sido objeto de valoración pericial. Todo ello siempre que la persona interesada preste su consentimiento.

5. Sería necesario reimplantar un servicio análogo al Servicio de Asistencia y Orientación Social al detenido (SAOS), con el fin de contar con un **EQUIPO INTERDISCIPLINAR** que funcionase en los partidos judiciales y que pudiera reunir y aglutinar la información de la persona de manera coordinada, que pudiera facilitar a los tribunales el conocimiento de la situación sociosanitaria de la persona, sirviendo de eje coordinador de las distintas administraciones y agentes intervinientes, de manera que permitiese a los tribunales tomar decisiones contando con el conocimiento más amplio sobre la realidad de la persona y sobre el recurso más apropiado al que derivarla.

6. Resulta urgente disponer de medios y estrategias adecuadas por parte de Osakidetza para ofrecer una atención específica a las personas que padecen **TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD**. Así pues, **se hace preciso articular recursos especializados** como el hospital de día, con las características del que se encontraba ya proyectado desde 2009, tal y como indicábamos en la **Resolución del Ararteko de 23 de noviembre de 2012**; dispositivos; protocolos de coordinación; mecanismos de detección temprana, medios para su abordaje; etc., ante la constatación de que, debido a su frecuente comorbilidad con el trastorno por uso de sustancias, las atenciones que reciben en la red sociosanitaria estos pacientes duales se dirigen exclusivamente a controlar los síntomas de la adicción, olvidando la atención sobre el trastorno de la personalidad concurrente, lo que provoca descompensaciones que se manifiestan en conductas delictivas que provocan con frecuencia ingresos en prisión.

En tanto ello no se materialice, resulta imprescindible contemplar y aplicar vías como la derivación, la concertación y el reintegro de gastos.

7. Se hace necesario potenciar una reflexión científica sobre la consideración clínica que ha de dispensarse a los **TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD**, así como una reflexión médico-legal sobre la valoración que ha de darse a los mismos y su incidencia sobre la imputabilidad, a efectos de posibilitar la aplicación de medidas de seguridad u otras alternativas de cara al tratamiento de estas personas fuera de la prisión.

8. Es preciso facilitar a las **PERSONAS EXTRANJERAS** que padecen trastornos mentales el acceso a la atención sanitaria específica en términos de igualdad con el resto de la ciudadanía, evitando que por motivos administrativos y/o burocráticos (padrón, tarjeta sanitaria…) se vean privadas del acceso al tratamiento que necesitan para su salud y acaben, como consecuencia de su enfermedad, desarrollando conductas disruptivas que les lleven a prisión.

Respecto del tiempo de ESTANCIA EN PRISIÓN:

9. Un colectivo que requiere especial atención es el constituido por las **MUJERES** con causas penales. Y es que, además de serles de aplicación el resto de recomendaciones formuladas con carácter general para toda la población de nuestras prisiones, se aprecian en ellas psicopatologías de mayor gravedad y se encuentran con mayor dificultad para acceder a los recursos comunitarios, generando consecuencias más gravosas a nivel personal y familiar, dado que suelen tener hijos e hijas a su cuidado.

10. Es necesaria la implementación de un **PLAN DE SANIDAD PENITENCIARIA** por parte de Osakidetza que permita atender de manera homogénea a las personas presas en los distintos centros penitenciarios, dado que en la actualidad se observan diferencias en los criterios de atención y en las dotaciones de los equipos, así como ausencia de protocolos de coordinación y derivación a los recursos de la red comunitaria.

11. En lo que se refiere a la salud mental, dicho Plan de Sanidad Penitenciaria ha de definir su interacción con el denominado **Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios (PAIEM)**, cuya efectiva implementación requiere, en todo caso, de las siguientes mejoras:

a. Sería preciso afinar los criterios de inclusión de las personas presas en el citado programa y en concreto:
   i. Resulta imprescindible la incorporación al PAIEM de todas las personas que padezcan trastornos de la personalidad graves (límite y antisocial).
   ii. Parece necesario no excluir del PAIEM a las personas en las que el trastorno psicótico o de la personalidad es comórbido con un trastorno por uso de sustancias.

b. Resulta imprescindible coordinar los aspectos sanitarios y penitenciarios que confluyen sobre la persona. Para ello, deben habilitarse cauces permanentes de coordinación entre las y los técnicos de Instituciones Penitenciarias y el personal sanitario de Osakidetza que interviene en el medio penitenciario. En este sentido, parece muy recomendable que se posibilite y cuide la participación del personal sanitario en los equipos de PAIEM y en las propias juntas de tratamiento.

c. Aun insistiendo en la premisa de que el medio penitenciario no es el espacio adecuado para el tratamiento de estas personas, resultaría aconsejable una mayor implementación de intervenciones psicoterapéuticas específicas orientadas a los distintos trastornos, así como el desarrollo, por las y los técnicos de instituciones penitenciarias y por entidades sociales, del diseño de itinerarios de inserción que posibiliten una adecuada derivación y propicien el mejor encaje de la persona en los recursos externos.

d. Debería incorporarse a las entidades comunitarias que intervienen con este colectivo en los equipos del PAIEM de las prisiones.

e. En definitiva, resulta necesario que toda la intervención con personas presas afectadas de trastornos mentales, y dentro de ella especialmente el denominado PAIEM, **gire su mirada del interior de las prisiones hacia el exterior, y en dicho sentido, se hace urgente favorecer la conexión entre el medio penitenciario y el medio comunitario**:
   iii. Debe favorecerse el conocimiento por parte de las juntas de tratamiento de todos los recursos que existen en la red sociosanitaria vasca. Para facilitar esta tarea sería aconsejable elaborar una guía o mapa de recursos adaptada a este ámbito, aprovechando la información ofrecida en los Atlas de la Red de Salud Mental de Osakidetza, cuya extensión a todo el ámbito autonómico es esperable.
   iv. Debe favorecerse la intervención previa de algunos de dichos recursos en el interior de los centros penitenciarios
   v. Ha de priorizarse la aplicación del régimen abierto, en cualquiera de las variadas modalidades que ofrece el reglamento penitenciario, para posibilitar el tratamiento de estas personas en el exterior, sobre su permanencia en prisión, tratando de individualizar al máximo la ejecución de la pena.

Respecto a la SALIDA DE PRISIÓN:

Con carácter previo, hemos de hacer una remisión a las recomendaciones emitidas por el Ararteko con ocasión de la publicación del estudio *Aproximación a la atención de la salud mental de la infancia, adolescencia, juventud y vejez en la CAPV desde la perspectiva del Ararteko: retos y oportunidades*, por cuanto que en dicho estudio se analiza la evolución que ha registrado la atención a la salud mental en el ámbito comunitario desde que en el año 2000 la institución publicara su informe extraordinario *Atención comunitaria de la enfermedad mental*, aludiendo a una serie de necesidades no atendidas, lagunas y áreas de mejora.

Dentro de la genérica referencia a la escasez de recursos comunitarios externos dispuestos a la acogida de los enfermos mentales que se encuentran en prisión, pueden concretarse las siguientes recomendaciones más específicas y operativas en orden a mejorar la situación:

12. Es necesaria la **ADAPTACIÓN** de los recursos ya existentes de la red de atención sociocomunitaria, con el fin de dotarlos de los medios adecuados para facilitar la atención y acogida de personas presas que padecen trastornos mentales.

13. Sería preciso remover los obstáculos existentes en este sentido, mediante el establecimiento y publicación por parte de Osakidetza de **PROTOCOLOS** de derivación y acceso, con el fin de que las juntas de tratamiento de los centros penitenciarios y los órganos judiciales puedan conocer a qué personas pueden enviar a cada recurso y a cuáles no, y en su caso, bajo qué condiciones y por qué mecanismos.

14. Es urgente facilitar un mayor conocimiento de la red de recursos existente en el tejido comunitario a las y los técnicos de instituciones penitenciarias encargados de elaborar los itinerarios de inserción y realizar las propuestas de progresión de grado y excarcelación, mediante la elaboración de una **GUÍA DE RECURSOS** que delimite los perfiles atendidos y los protocolos de acceso y derivación.

15. Se subraya la necesidad de **ESTRUCTURAS RESIDENCIALES DE ACOGIDA**, en forma de pisos tutelados que ofrezcan alojamiento e intervención educativa, con acompañamiento diario y que posibiliten la excarcelación de la persona con trastorno mental para abordar su situación en un contexto más saludable y establecer itinerarios de inclusión más adecuados. Dichas estructuras podrían ser catalizadoras del acceso de la persona a la red de recursos sociosanitarios normalizados, a los que el acceso directo desde la prisión resulta normalmente inviable, máxime sin contar con un recurso residencial de seguimiento que sostenga la adherencia de la persona y habilite el aprovechamiento de los espacios terapéuticos.

En esta línea, se apunta la posibilidad de cualificar y reforzar los recursos residenciales destinados a personas afectadas por trastornos de uso de sustancias con mayores medios económicos y con personal que cuente con formación especializada, para posibilitar en ellos una atención más específica en salud mental. Estos recursos, dada su trayectoria y entidad, están siendo ya de hecho receptores de personas presas con patología dual, al concurrir situaciones de comorbilidad entre el trastorno psicótico o de la personalidad y el derivado del uso de sustancias, y en la medida en que encajan, por la contención que ofrecen, en las exigencias penitenciarias, al tiempo que favorecen el tratamiento de la persona.

Por otra parte, habría de valorarse la necesidad de generar más **recursos residenciales de LARGA ESTANCIA** para personas con graves deterioros cognitivos, con oligofrenias que ven limitada su autonomía personal de por vida (se constatan periodos de más de un año de espera para acceder a los escasos recursos existentes de esta naturaleza).

16. Resulta necesario **FACILITAR LA ACCESIBILIDAD** de las personas con enfermedad mental a recursos residenciales como los indicados y también a recursos intermedios: hospitales de día, centros de día y talleres ocupacionales. En este sentido, es necesario **FLEXIBILIZAR** los trámites burocráticos exigidos por las administraciones para el acceso a determinados recursos (empadronamiento, reconocimiento de la situación de dependencia…), especialmente en los casos de las personas presas que no acceden a canales normalizados o en los cuales los tiempos de espera suponen una prolongación de las situaciones de encarcelamiento.

17. En último lugar, parece necesario que la política de ejecución penal sea asumida como una responsabilidad consensuada y compartida entre los distintos departamentos del gobierno, así como por las administraciones locales y forales, por cuanto que no solo contempla medidas en el ámbito de la justicia, sino también en el de las políticas sociales, sanitarias, educativas, de vivienda, etc. La integración coordinada y trasversal de estas políticas, implicando a todo el entramado institucional vasco en el marco del modelo propio que el Ararteko viene propugnando, constituye una referencia imprescindible de cara a la asunción completa, por parte de Euskadi, de las competencias penitenciarias.

Respecto de los y las menores:

18. Parece necesario el desarrollo y puesta en marcha de una atención cualificada y específica (integral, que incluya educadores/as y profesionales de la salud) que redunde en una mejor salud de estos/as menores (con especial atención al diagnóstico precoz y al abordaje específico) y en la propia optimización del trabajo de las y los profesionales. Para ello, es preciso profundizar en su formación en los ámbitos educativo, sanitario y judicial, y en la adecuada implementación de las herramientas y los procesos intervinientes en la atención de este sector de la población.

Preámbulo

Vista anterior

Capítulo I

Preámbulo

Desde hace años, la salud mental de las personas presas viene representando una de las principales preocupaciones de la institución del Ararteko, constituyendo este colectivo, en el que concurre acumuladamente la enfermedad mental y la privación de libertad, uno de los grupos de atención preferente por nuestra parte, al encontrarse en una situación de especial vulnerabilidad.

El presente estudio es impulsado desde una perspectiva de protección de los derechos fundamentales de estas personas con el fin de ahondar en la búsqueda de la mejor atención sociosanitaria a lo largo de su proceso vital, comprendiendo su relación con el sistema judicial penal y, en particular, su estancia en prisión.

Buena parte de los estudios sobre población penitenciaria ponen de manifiesto el importante deterioro de la salud mental de las personas presas, el aumento de personas con trastornos mentales, así como las deficiencias en el sistema de atención sanitaria.

A pesar de la constatación de esas necesidades, lo cierto es que los medios disponibles son escasos. Para aquellas personas que precisan de una atención especializada por su grado de imputabilidad, solo se cuenta con dos centros psiquiátricos penitenciarios en todo el Estado: en Sevilla y en Alicante. A ello se añaden las plazas disponibles en centros hospitalarios de la red sanitaria para el cumplimiento de medidas de seguridad. Sin embargo, quedan por cubrir muchas otras necesidades, especialmente recursos intermedios que presten atención a las personas con padecimientos menos graves, atención especializada dentro del propio centro penitenciario y servicios externos de atención sociosanitaria.

Esta realidad requiere de un estudio en profundidad y de un mayor grado de compromiso por parte de las instituciones afectadas. En nuestro caso, resulta evidente la responsabilidad de la Administración vasca en materia de salud y políticas sociales, a la cual, además, se han trasferido competencias en materia específica de sanidad penitenciaria, además de las administraciones locales en sus diferentes ámbitos.

El presente estudio se ha desarrollado bajo una metodología cualitativa en dos fases claramente diferenciadas: una primera, iniciada a finales del año 2010 y desarrollada a lo largo de 2011; y una segunda, de septiembre a diciembre de 2013, propiciada por el hecho, considerado relevante para el desarrollo del informe, de la transferencia por el Decreto 140/2011, de 28 de junio, de las competencias en materia de sanidad penitenciaria al Gobierno Vasco. A ello se unía también la constatación de un cierto impulso del Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios (PAIEM) por parte de la Subdirección General de Instituciones Penitenciarias.

En consecuencia, ante dicha transferencia, como hecho decisivo y de gran trascendencia en la materia, consideramos necesario realizar una segunda fase del estudio que permita, una vez trascurrido un plazo razonable de implantación de la nueva realidad, valorar la incidencia de dicha transferencia en la atención sociosanitaria de la salud mental de las personas privadas de libertad en la CAPV y la nueva situación creada.

Los objetivos del presente informe son:

1. Conocer la situación de las personas presas en cuanto a su estado de salud mental y la prevalencia de la enfermedad mental en dicha población.
2. Conocer el estado de la transferencia de competencias a la CAPV en materia de sanidad penitenciaria, el PAIEM desarrollado por Instituciones Penitenciarias y la legislación penal y penitenciaria, como marco regulador de las distintas intervenciones en torno a este colectivo.
3. Conocer la intervención que se realiza con las personas presas que padecen enfermedad mental y los recursos que se despliegan en cada centro penitenciario por Osakidetza, Instituciones Penitenciarias o entidades privadas.
4. Conocer la intervención y coordinación con los recursos comunitarios sociosanitarios a la salida del centro penitenciario.
5. Conocer las demandas y necesidades de las personas presas con relación a cualquier dificultad que afecte a su salud mental.
6. Conocer las demandas y necesidades de los y las menores ingresados en centros de rehabilitación de menores en cualquier aspecto que afecte a su salud mental.
7. A la vista del análisis resultante, elaborar recomendaciones a las administraciones implicadas, en particular a los departamentos de Salud, Justicia y Políticas Sociales del Gobierno Vasco, para que creen los dispositivos necesarios, independientes o coordinadamente con las diputaciones forales y las administraciones locales, tomando en consideración la participación de la red social.

Para la consecución de los objetivos del informe, hemos desarrollado un estudio a partir del siguiente proceso de análisis:

1. Recopilación de información, documentación y datos disponibles, y determinación de fuentes de información propias y otras fuentes de información.
2. Reuniones en grupos focales y entrevistas estructuradas con técnicos y funcionarios de instituciones penitenciarias y de centros de menores, personal sanitario de las prisiones, jefes de las unidades de atención primaria y psiquiatras consultores, equipos de toxicomanías, así como con personas privadas de libertad, reuniones orientadas a la recogida de información cualitativa sobre la realidad de la atención sanitaria a las personas afectadas por psicopatologías y los recursos disponibles en los centros penitenciarios.
3. Peticiones de información a las administraciones afectadas.
4. Reunión con las asociaciones que trabajan con la población penitenciaria para conocer sus demandas, dificultades y propuestas.
5. Reunión con los profesionales de las administraciones públicas vascas que trabajan en ese ámbito.

Para la realización de este informe se ha contado con la colaboración desinteresada de los responsables de los tres centros penitenciarios ubicados en la CAPV, así como de personal técnico, funcionariado, equipos médicos y de toxicomanías de las prisiones, psiquiatras consultores/as, un grupo de personas privadas de libertad que aportaron su propia experiencia personal y su conocimiento directo de la realidad penitenciaria. Igualmente, han participado responsables y educadores de los centros de menores Ibaiondo y Txema Fínez, dependientes de la Administración vasca, así como entidades y organismos del tercer sector.

Hemos de mostrar también nuestro agradecimiento a los departamentos de Salud, y Administración Pública y Justicia del Gobierno Vasco, que han facilitado la presente investigación.

A todos ellos nuestro agradecimiento más sincero por su participación y contribución en el desarrollo de este informe. Sin ellos no hubiera sido posible su realización.

Introducción:
caracterización de la población penitenciaria

capítulo

Vista anterior

Capítulo II

Introducción: caracterización de la población penitenciaria

El número de personas privadas de libertad en el Estado viene aumentando de manera alarmante en los últimos años, como consecuencia de un progresivo endurecimiento del sistema penal.

En particular, desde las aproximadamente 45.000 personas que se encontraban en prisión en el año 2000, se llegó a más de 76.000 en el año 2010, con un incremento cercano al 70% en una década.

En los dos últimos años, el número de personas presas ha descendido como consecuencia fundamentalmente de las reformas operadas por la Ley Orgánica 5/2010, de reforma del Código Penal, que rebaja las penas para determinados delitos contra la salud pública cuya penalidad originaria atentaba contra el principio de proporcionalidad.

A pesar de ello, España sigue siendo uno de los países de la Unión Europea con mayor número de personas presas en relación con su población, presentando una de las tasas de encarcelamiento más altas de Europa (aproximadamente 150 personas presas por cada 100.000 habitantes).

Según los últimos datos publicados por el Ministerio del Interior, relativos a diciembre de 2013, la población penitenciaria española asciende en la actualidad a 66.765 personas.

Distribución de la población reclusa por sexo

GÉNERO	TOTAL	%
Hombres	61.682	92,4
Mujeres	5.083	7,6
TOTAL	**66.765**	**100**

A fecha 17 de diciembre de 2013, 1.430 personas se encuentran presas en los centros penitenciarios de la Comunidad Autónoma de Euskadi:

- 735 personas en el Centro Penitenciario de Araba/Álava.
- 365 personas en el Centro Penitenciario de Basauri.
- 330 personas en el Centro Penitenciario de Martutene.

Resulta sorprendente que la elevada tasa de encarcelamiento no tenga su causa directa en un elevado número de delitos.

España es uno de los países de la Unión Europea con más personas en prisión a pesar de que su tasa de criminalidad (número de delitos por cada mil habitantes) es menor que la media de los países europeos. La tasa de criminalidad viene rondado en los últimos años los 45 delitos por cada 1.000 habitantes y la población reclusa duplica la media europea y supera con diferencia a la existente en Italia, Francia o Alemania.

En realidad la delincuencia en el Estado español presenta una línea globalmente descendente desde hace 20 años, aunque sus prisiones son las más pobladas de Europa.

Puede afirmarse, por tanto, que se abusa de la aplicación de la prisión y de su previsión como respuesta a determinadas situaciones, sin que ello venga justificado por razones de seguridad ciudadana, merced a una política criminal en la que se recurre de manera desmesurada al sistema penal y, en particular, a la pena de prisión, a pesar de no ser el recurso ni más justo ni más eficaz para resolver los problemas sociales.

El perfil mayoritario de la población penitenciaria española está constituido por hombres (representan el 92%, frente al 8% de mujeres), de entre 31 a 40 años, que han vivido en

ambientes deprimidos o proceden de sistemas familiares en situación de exclusión social, tienen escasa formación y no poseen cualificación profesional.

Un porcentaje característico de estas personas son analfabetas funcionales y otro grupo relevante no tiene estudios de educación primaria o no los ha completado.

Destaca su deteriorado estado de salud tanto física (VIH, hepatitis…) como mental, a la cual nos referiremos seguidamente.

Las personas extranjeras representan el 32% de la población penitenciaria. Se trata mayoritariamente de personas sin autorización de residencia en el país, en muchos casos con dificultades con el idioma y con ausencia de apoyos en el exterior, de manera que padecen una situación de especial vulnerabilidad.

También las mujeres constituyen uno de los colectivos más vulnerables, dado que su reducido número condiciona la intervención con las mismas y favorece su exclusión: los recursos humanos y materiales destinados al tratamiento de las mujeres privadas de libertad son residuales (en Bizkaia, por ejemplo, no existe un módulo de mujeres en la prisión de Basauri). Se ubican en los módulos más pequeños y peor dotados de los establecimientos penitenciarios de hombres.

Prevalencia
de la enfermedad mental en prisión

capítulo

Vista anterior

Capítulo III

Prevalencia de la enfermedad mental en prisión

Desde los años 80 se fue imponiendo una reforma psiquiátrica que promulgó la desaparición de los hospitales psiquiátricos, con el fin de no aislar a las personas con enfermedad mental –en muchos casos, de por vida– de su entorno social. Paralelamente debía arbitrarse una red de servicios comunitarios de toda índole para atender sus necesidades: hospitales de día, residencias, pisos tutelados, programas de empleo especial, red de tratamientos ambulatorios, etc.

En nuestra opinión –fundamentada en el análisis de las quejas ciudadanas, la información recabada de las administraciones concernidas y el contacto con colectivos y asociaciones que operan en este ámbito–, en los últimos años la CAPV ha experimentado una **notable pero insuficiente evolución** en la protección y atención de un colectivo tan especialmente vulnerable como es el de las personas que padecen problemas de salud mental.

En estos años hemos asistido a un remarcable **impulso en la creación, implantación y mejora** de centros de salud mental para personas adultas e infanto-juveniles, unidades de hospitalización breve, hospitales de día para personas adultas e infanto-juveniles, unidades de media estancia, unidades de rehabilitación y psicogeriátricos, así como a la paulatina creación y ampliación de estructuras residenciales no hospitalarias, como pisos tutelados, pisos supervisados, minirresidencias, hogares, comunidades terapéuticas, pensiones y hostales protegidos.

Sin embargo, a pesar de los avances registrados, estos se han dado en el marco de un inacabado proceso de desinstitucionalización[1] y seguimos observando una insuficiencia de estructuras intermedias de rehabilitación en el ámbito de la salud mental (hospitales/centros de día, recursos de alojamiento con distinto grado de supervisión, centros ocupacionales, comunidades terapéuticas, clubes sociales y recursos de rehabilitación psicosocial).

Estas estructuras son indispensables para complementar las intervenciones realizadas en los centros de salud mental o en unidades de hospitalización de corta estancia, para garantizar la correcta implementación de programas de atención psiquiátrica (como los dirigidos a personas sin hogar, por ejemplo) o para el desarrollo de procesos de desinstitucionalización que permitan hacer realidad el modelo comunitario de atención.

[1] El Ararteko hizo público en 2012 un estudio titulado ***Aproximación a la atención de la salud mental de la infancia, adolescencia, juventud y vejez en la CAPV desde la perspectiva del Ararteko: retos y oportunidades***, en el que reconoce el notable esfuerzo que las administraciones públicas vascas han desarrollado en los últimos años en materia de atención y protección de la salud mental de estos colectivos especialmente vulnerables y, a su vez, pone la atención en aquellas cuestiones que requieren de nuevas iniciativas, mayor desarrollo o mejora, emitiendo las correspondientes recomendaciones. En dicho estudio se analiza la evolución que ha registrado la atención desde que en el año 2000 la institución publicara su informe extraordinario *Atención comunitaria de la enfermedad mental*.

Esta situación de insuficiencia viene agravada por las limitaciones en el acceso, nivel y calidad de las prestaciones sanitarias y sociales, cuya responsabilidad y gestión competen a las administraciones públicas, que podrían derivarse del escenario de profundos cambios en que nos encontramos inmersos, con motivo de la grave crisis económica actual.

Ello ha llegado a poner en riesgo incluso aquellos recursos ya existentes, dependientes de las organizaciones privadas, cuyo sostenimiento depende en gran medida de la financiación pública. Como consecuencia, los centros penitenciarios se han convertido, en muchos casos, en la última estación a la que llegan muchas personas con enfermedad mental.

Según la OMS, se estima que en las sociedades occidentales la incidencia de alteraciones psiquiátricas es hasta siete veces mayor en la población penitenciaria que en la población general. Tal y como se recoge en las recomendaciones del Comité de Ministros del Consejo de Europa, en los últimos años se ha observado un sensible incremento de algún tipo de trastorno mental de las personas que ingresan en prisión.

El Informe Prevalencia de Trastornos Mentales en Centros Penitenciarios Españoles (Estudio PRECA), el más amplio llevado a cabo en España sobre la prevalencia del trastorno mental en los centros penitenciarios y publicado en junio de 2011, incide en que la prevalencia de la patología psiquiátrica entre la población reclusa española es superior a la de la población general, arrojando datos alarmantes.

Así, en una muestra de la población general española se estimó que la prevalencia de trastorno mental en varones era del 15,7% (Haro et al., 2006), mientras que, según los resultados obtenidos en el estudio PRECA, **la prevalencia de la enfermedad mental en población reclusa es alrededor de cinco veces más alta (84,4%)**. Esto significa que 8 de cada diez personas presas han sufrido a lo largo de su vida algún trastorno mental, siendo entre ellos el trastorno por uso de sustancias el más frecuente (76,2%), seguido del trastorno de ansiedad (45,3%), el trastorno afectivo (41%) y el trastorno psicótico (10,7%).

Los datos facilitados por las personas entrevistadas en los estudios cualitativos de campo, que luego detallaremos, refirieron la presencia en el Centro Penitenciario de Araba/Álava en régimen ordinario de no menos de 50 personas afectadas de trastornos sicóticos. Extrapolando dichos datos, podemos estimar, como ya realizaba el informe de 2006 del Gobierno Vasco "Líneas Generales de Política de Ejecución Penal y Penitenciaria. Aproximación a un modelo para la CAPV", la permanencia en las prisiones de la CAPV de no menos de 100 personas con trastornos mentales graves.

Según los últimos datos de los que disponemos, **la prevalencia de presentar algún trastorno mental se sitúa en el 41,2%** de la población penitenciaria: 4 de cada 10 personas presas presentan un trastorno mental en el momento actual. En el Estudio del Ministerio del Interior sobre la salud mental en el medio penitenciario (2007) se obtenían unos datos muy similares, al señalar que la prevalencia de padecer un trastorno mental en la población reclusa era del **45,9%**.

Disponer de datos fiables sobre la prevalencia de los trastornos mentales en centros penitenciarios es de crucial importancia para poder mejorar los servicios de salud mental penitenciaria en el momento de su internamiento penitenciario, pero también para tener en cuenta las necesidades a más largo plazo de estas personas, de cara a planificar servicios comunitarios. Los estudios en prisión basados en la prevalencia de periodo (último mes) tienden a subestimar la tasa de trastornos mentales, así como las necesidades de salud de la población para cada trastorno.

Resulta también muy relevante señalar que las personas presas que padecen o han padecido un **trastorno por uso de sustancias tienen una alta comorbilidad con los grupos diagnósticos de patología mental más prevalentes**, hasta el extremo, según los resultados del estudio PRECA, de que solo el 8% de las personas presas que padecen algún trastorno mental lo hacen sin historia de trastorno por uso de sustancias.

Otro de los datos de suma relevancia es la **gran prevalencia de los trastornos de la personalidad** entre la población presa: alrededor del 80% de la muestra analizada en el estudio PRECA tenía al menos un trastorno de la personalidad.

En el análisis de la realidad incluido en el documento anteriormente citado "Líneas Generales de Política de Ejecución Penal y Penitenciaria. Aproximación a un modelo para la CAPV" ya se cifraba en cerca del 70% el número de personas presas afectadas de trastornos de la personalidad en la CAPV.

También se destaca la situación de vulnerabilidad de la **población extranjera**, la mayoría sin residencia legal y en situación de grave exclusión, en la que el encarcelamiento y el alejamiento de su lugar de origen puede ser un desencadenante de enfermedad mental.

Trasferencia de competencias a la CAPV en materia de sanidad penitenciaria

capítulo IV

Vista anterior

Capítulo **IV**

Trasferencia de competencias a la CAPV en materia de sanidad penitenciaria

El artículo 25 de la Constitución Española establece que toda persona condenada a pena de prisión gozará de los derechos fundamentales de este capítulo, a excepción de los que se vean expresamente limitados por el contenido del fallo condenatorio, el sentido de la pena y la ley penitenciaria. En consecuencia, toda persona presa tiene derecho a la vida, a la integridad física y a la protección de su salud (artículos 15 y 43 de la Constitución Española).

En este sentido, Ley Orgánica General Penitenciaria determina en su artículo 3 cómo la institución penitenciaria ha de ser garante, en el desarrollo de su actividad, de los derechos fundamentales de las personas recluidas. Uno de estos derechos es el de la protección de la salud y este se ejerce no solo en función de la propia normativa penitenciaria, sino también de toda aquella que regula el mismo para la ciudadanía en general, es decir, de la Ley 14/1986, General de Sanidad; la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública (disposición adicional primera); y de cuanta normativa central o autonómica afecte al desarrollo del trabajo sanitario en los establecimientos penitenciarios.

Este derecho a la salud y a la integridad física se convierte en un presupuesto fundamental para la dignidad de la persona y para posibilitar su futura incorporación social, fin último de la pena.

Sentado lo anterior y en materia de sanidad penitenciaria, por Decreto 140/2011, de 28 de junio, se aprobó el traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma del País Vasco. Dicho decreto se sustenta jurídicamente en el Estatuto de Autonomía del País Vasco, aprobado por la Ley Orgánica 3/1979, de 18 de diciembre, que en su artículo 18.1. recoge que corresponde a la comunidad autónoma el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad interior. Asimismo, en el apartado cuarto del citado artículo 8 se establece que la comunidad autónoma podrá organizar y administrar, para tales fines y dentro de su territorio, todos los servicios relacionados con las materias antes expresadas y ejercerá la tutela de las instituciones, entidades y fundaciones en materia de sanidad y Seguridad Social.

Por su parte, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, ya preveía en su disposición adicional sexta la integración de los servicios sanitarios penitenciarios en el Sistema Nacional de Salud y su traspaso a las comunidades autónomas.

Sobre la base de estas previsiones legales, se acordó, con efectos de 1 de julio de 2011, el traspaso a la Comunidad Autónoma del País Vasco, dentro de su ámbito territorial y para los centros penitenciarios ubicados en el mismo, las funciones de asistencia sanitaria establecidas en la legislación penitenciaria.

El ejercicio de las mencionadas funciones deberá garantizar los derechos de las personas presas como usuarias de los servicios de salud, la accesibilidad de este colectivo a los recursos sanitarios, la calidad de las prestaciones sanitarias penitenciarias y la equidad en el acceso. La asistencia sanitaria incluye, igualmente, las actividades sanitarias de índole médico-legal determinadas en la legislación penitenciaria.

A través de esta trasferencia, por parte de Instituciones Penitenciarias se traspasaban estas funciones y el personal afectado de los tres centros penitenciarios de la CAPV: el de Nanclares de la Oca (trasladado en diciembre de 2011 al nuevo centro de Zaballa), que atendía a 721 personas presas, y los de Basauri y Martutene, con 392 y 380 internos, respectivamente.

El número de profesionales transferidos era de 43: 22 en Nanclares-Zaballa, 10 en Martutene y 11 en Basauri. De ellos, 16 son médicos/as, 19 enfermeros/as, 1 farmacéutica y 7 auxiliares de clínica.

La sanidad penitenciaria en Osakidetza tiene una doble vertiente: por una parte, los profesionales sanitarios de los centros penitenciarios son un colectivo muy bien adaptado al medio en el que desarrollan su actividad y con larga experiencia también en procedimientos regimentales y médico-legales; por otra parte y como contrapartida, la asistencia sanitaria en los centros penitenciarios se da en un contexto y en una organización no sanitaria en la que la seguridad es la prioridad fundamental, dificultando el reciclaje y la formación continua de los profesionales.

Las funciones sanitarias que se realizan en un centro penitenciario son básicamente de tres tipos:

- Asistencia sanitaria, fundamentalmente de atención primaria. En esto se puede equiparar a un centro de salud.
- Centro de atención a la cronicidad. La asistencia penitenciaria tiene una parte sustancial de centro de larga estancia de personas con enfermedad crónica. Organizativamente esto lo hace más parecido a un centro de larga estancia que a uno de atención primaria.
- Aspectos médico-legales, judiciales y regimentales. La sanidad penitenciaria es una actividad que cruza la medicina con la Ley, y muchos aspectos de la vida en prisión están regulados por la legislación penitenciaria y precisan de una actuación sanitaria concreta. También hay relaciones continuas con el sistema judicial. Todo esto la diferencia totalmente de la asistencia sanitaria comunitaria.

Teniendo en cuenta estas premisas, la primera decisión fue convertir los centros penitenciarios transferidos en centros de salud, equiparándolos asistencial y administrativamente a los centros de salud comunitarios e integrándolos a todos los efectos. La denominación de los centros es: Centro de Salud de Zaballa CP, Centro de Salud de Martutene CP y Centro de Salud de Urbi-Basauri CP. También se les asignó un hospital de referencia: Hospital de Santiago (Araba/Álava), Hospital de Basurto (Bizkaia) y Hospital Donostia (Gipuzkoa).

Así mismo, el personal sanitario se transfirió a Osakidetza con el mismo estatus, nombrándose responsables en cada uno de los centros. Dichos responsables acuden a las reuniones de su correspondiente comarca.

La trasferencia de la sanidad penitenciaria conlleva la cobertura de vacantes y sustituciones, por lo que resulta imprescindible impulsar la formación de las y los profesionales que puedan incorporarse a los centros de salud penitenciarios, pues la asistencia sanitaria penitenciaria tiene una serie de funciones y tareas específicas derivadas del medio en el que los y las profesionales tienen que desarrollar su labor y de la patología prevalente de las y los pacientes atendidos.

Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios (PAIEM) de Instituciones Penitenciarias

capítulo V

Vista anterior

Capítulo V

Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios (PAIEM) de Instituciones Penitenciarias

La preocupación por la elevada incidencia de los problemas de salud mental entre la población penitenciaria llevó a la Administración penitenciaria a la elaboración del Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios (PAIEM), para tratar de dar respuesta a las necesidades en esta materia de las personas internas en los centros penitenciarios.

En el momento actual el programa se ha reelaborado con la finalidad de lograr una implementación progresiva en los centros penitenciarios, siendo todavía desigual y menor de lo deseado su grado de aplicación práctica.

En este sentido, parece muy relevante poder ahondar en la coordinación y en el diseño de protocolos de actuación conjunta entre los profesionales sanitarios especialistas en salud mental (Osakidetza) y los profesionales de tratamiento de instituciones penitenciarias.

En su formulación teórica, el programa recoge pautas de atención especializada para las personas que presentan algún tipo de trastorno o patología mental, con especial hincapié en la práctica de actividades terapéuticas y ocupacionales específicas, que sin embargo en la práctica, como los estudios de campo reflejaron, no existen o son esporádicas.

Más en concreto, el PAIEM diseña, a nivel teórico, la intervención con personas internas que presentan algún tipo de patología mental en tres líneas de actuación:

1. En primer lugar, la detección del caso y la atención clínica, al objeto de realizar o confirmar el diagnostico, así como pautar el tratamiento médico.
2. En segundo lugar, se realiza un programa de rehabilitación individualizado que contempla la participación en actividades comunes del centro o específicamente diseñadas para este tipo de personas internas.
3. La tercera línea del programa tiene como objetivo facilitar la incorporación social con intensificación de actuaciones en el ámbito familiar y búsqueda de recursos externos apropiados.

El programa no detalla cuáles son las patologías mentales a las que ha de atenderse e incluirse dentro del mismo, y los propios profesionales intervinientes carecen de criterios consensuados sobre ello.

En la comparecencia celebrada en el Congreso de los Diputados el martes 25 de junio de 2013, el secretario general de Instituciones Penitenciarias sostuvo que entre los objetivos en los que se está trabajando, en relación con la atención sanitaria en los centros penitenciarios, está la implementación de la estrategia global de actuación en salud mental y drogodependencias.

En dicha comparecencia, manifestó que recientemente se ha realizado un extenso análisis del funcionamiento del programa. A su juicio, los primeros datos de esta amplia

evaluación indican que el programa está progresivamente alcanzando los objetivos para los que fue diseñado. En este sentido, señala: "*Primero, el programa se encuentra implantado prácticamente en todos los centros, incluyendo el total de los enfermos más graves que se encuentran en prisión. Segundo, ha facilitado la adaptación del enfermo al medio, ha mejorado su sintomatología y ha disminuido de manera significativa los incidentes regimentales que estos pacientes protagonizan. Tercero, el punto más importante que debe mejorar es el relacionado con la última parte del programa, el que se dedica a la derivación y reinserción social del enfermo. Se ha observado que hay dificultades desde los equipos PAIEM en los centros penitenciarios para establecer los contactos adecuados con los recursos asistenciales en la comunidad. Cuarto, se está preparando un nuevo programa que mejore los resultados en esa fase y complemente el PAIEM. Esta nueva iniciativa, que está en fase de confección y se denominará 'Programa Puente', se desplegará en los centros de inserción social. Su objetivo primordial será optimizar la continuidad asistencial de los enfermos incluidos en el PAIEM y asegurar su correcta derivación a los recursos asistenciales de la comunidad cuando llegue el momento de la excarcelación. Se trata de un proyecto que ha estado en fase de piloto durante dieciocho meses".*

No obstante, en las interpelaciones de los distintos parlamentarios presentes en la comparecencia se cuestionaron diversos temas de los planteados por el secretario general de Instituciones Penitenciarias, tales como la falta de personal, tanto de vigilancia como de atención, los recortes presupuestarios en los gastos farmacéuticos, el cierre de los centros de inserción social CIS o la paralización de la construcción de algunos de los centros previstos, y el hecho de que no se hayan producido aún las trasferencias de la sanidad penitenciaria a las comunidades autónomas, cuando ya venía recogido en la Ley 16/2003. Únicamente, en julio del año 2011, como antes decíamos, se produjo la trasferencia de la sanidad penitenciaria a la CAPV.

El sistema penal
y penitenciario en relación con las personas que padecen enfermedad mental

VI

capítulo

Vista anterior

Capítulo VI

El sistema penal y penitenciario en relación con las personas que padecen enfermedad mental

1. Motivos de la entrada en prisión

Constatado el elevado número de personas que se encuentran cumpliendo condena en prisión y dado que, en atención a las psicopatologías mentales que padecen, los centros penitenciarios no son los lugares más adecuados para su salud, la primera cuestión a analizar sería cuáles son las causas procesales o penales de dicha situación.

A) ENFERMEDAD MENTAL NO ADVERTIDA

La primera de las razones consiste en que durante la tramitación de una causa penal a menudo resulta **INADVERTIDA** la concurrencia de una situación de enfermedad mental en la persona imputada, como consecuencia, por separado o acumulativamente, de alguna de las siguientes circunstancias:

- La ausencia de conciencia de enfermedad en la parte imputada, que no comunica o incluso oculta dicha situación.
- La falta de formación o de protocolos adecuados desde la detención, en el ámbito policial, que determina en ocasiones el efecto dominó (atestado, imputación, juicio rápido, sentencia).
- La concurrencia de fases judiciales de instrucción rápida, en las que no se posibilita una valoración de la situación personal del imputado.
- La ausencia en los operadores jurídicos: abogados/as, fiscales/as y jueces/as… de una capacitación específica, más allá de la propiamente jurídica, para detectar hechos y circunstancias de la persona que pudieran ser relevantes en cuanto a la valoración de su salud mental.
- La procedencia de las personas afectadas de patologías mentales de situaciones de exclusión social, en las que carecen de apoyos familiares o sociales, que puedan evidenciar o sostener su verdadera situación de salud mental que favorece su indefensión.
- La ausencia de un servicio, como el antiguo Servicio de Asistencia y Orientación Social al detenido (SAOS), equipo multidisciplinar adscrito a los juzgados con funciones de facilitar información de las circunstancias personales y sociales de la persona imputada.

Todo lo cual resulta agravado por la legislación relativa al enjuiciamiento rápido de determinados delitos, que elimina aún más las posibilidades de realizar un estudio de la personalidad de la persona imputada y, por tanto, de que se acredite su patología y, alentada por la rebaja privilegiada de la pena en los casos de conformidad, que provoca una presión añadida a los operadores jurídicos para cerrar el asunto con la menor pena posible, sin preocuparse de verificar las condiciones de la persona infractora.

Del mismo modo que existe una presunción de inocencia, se actúa sobre la base de que existe una presunción de plena capacidad en la persona detenida o imputada, la cual se conforma con una pena "menor" sin tener capacidad para ello.

Y es que el procedimiento para el enjuiciamiento rápido, regulado en los artículos 795.1.2ª a 801 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, fomenta que los asuntos se resuelvan mediante conformidad, al establecer la rebaja de la pena en un tercio en los casos que se alcance la misma. La conformidad supone que la persona acusada acepta el relato de hechos y la pena que plantea el Ministerio Público.

Este modelo normativo conduce a que toda la intervención judicial se focalice en el acto delictivo que ha sido objeto de denuncia, dejando de lado toda la valoración de las posibles patologías de la persona imputada.

El acusado o acusada se aquieta con la acusación, dando lugar a que el juez dicte sentencia asumiendo la propuesta de las partes. En la generalidad de los casos es el resultado de una negociación entre operadores jurídicos (Ministerio Fiscal y defensa) de la que se encuentra marginada la persona acusada y, por tanto, sus circunstancias personales y sanitarias.

En relación con esta realidad procesal, ya se apuntaba en las conclusiones de las XXVII Jornadas de Coordinación de Defensores del Pueblo, celebradas en Zaragoza los días 19 y 20 de junio de 2012, sobre protección de las personas con enfermedad mental, que *"Ello lleva con frecuencia a que personas materialmente inimputables sean tratadas como imputables con todos los problemas jurídico-penales que de ello se derivan".* En particular, se constata por las defensorías del pueblo que *"Existe el riesgo evidente –y, de hecho, así acaece– de que muchos enfermos mentales con pocos recursos económicos y sociales se vean abocados a un iter procesal previsible, que conduce a la prisión o al psiquiátrico penitenciario: escasa o nula asistencia psiquiátrica-pre-delictual, falta de apoyo familiar y social, comisión del hecho delictivo, inexistencia de un buen diagnostico o valoración forense, inadecuada defensa, falta de alternativas reales para el Tribunal Sentenciador, prisión o psiquiátrico penitenciario, imposible excarcelación por falta de recursos comunitarios, y cuando ésta se produce, peligro de recaída en el sistema ('situación de puerta giratoria'). Debe trabajarse en todos estos momentos del iter procesal para remediar la discriminación de estas personas".*

Resulta necesario mejorar la instrucción de los procedimientos penales para evitar que pasen inadvertidas situaciones de enfermedad mental, debiendo al mínimo indicio razonable de la existencia de alguna patología practicarse las oportunas pruebas periciales psiquiátricas y psicológicas por las y los médicos forenses especializados, actuándose de conformidad a lo dispuesto en el artículo 381 LECrim: *"Si el Juez advirtiese en el procesado indicios de enajenación mental le someterá inmediatamente a la observación de los médicos forenses en el establecimiento que estuviese preso, o en otro público si fuere más a propósito o estuviese en libertad"* (véase recomendación nº 3).

Parece también necesario, según recomiendan los defensores del pueblo (Conclusiones de las XXVII Jornadas de Coordinación), *"reforzar la* ***formación*** *de los profesionales del derecho y de la seguridad que pudieran entrar en relación con el enfermo mental, lo que repercutirá en su suerte procesal: jueces, fiscales, abogados, miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, médicos forenses. Se trata de que la Justicia en sentido amplio no actúe con automatismos que conducen a condenas injustas o simplemente desproporcionadas, considerando las graves consecuencias que pueden acarrearse sobre personas que son enfermos mentales. Es particularmente importante la formación a través de los Colegios de Abogados, de modo que existan letrados especializados en condiciones de alegar debidamente la existencia de eximentes o atenuantes; la formación a través del Consejo General del Poder Judicial, de modo que los jueces conozcan la pluralidad de posibilidades de derivación; la formación policial, pues con demasiada frecuencia se considera como delito de desacato lo que no es sino síntoma de una enfermedad; o la especialización forense en psiquiatría"* (véase recomendación nº 2).

B) ENFERMEDAD MENTAL ADVERTIDA PERO NO APRECIADA COMO CAUSA DE INIMPUTABILIDAD

Otra situación que se produce habitualmente es la consistente en que efectivamente se determina, a través de la prueba forense adecuada, que la persona padece una determinada patología, pero NO se considera en sentencia que la misma constituye una causa de inimputabilidad. Esto es, en la sentencia se valora que no ha quedado acreditado que dicha enfermedad haya afectado a las facultades de la persona en el concreto momento de cometer el hecho delictivo o que no lo haya hecho con la entidad suficiente para constituir una circunstancia modificativa de la responsabilidad criminal.

Especial relevancia tienen en este supuesto la situación de los trastornos de la personalidad, al no existir criterios de diagnóstico compartidos sobre su incidencia en la imputabilidad, de manera que a menudo quedan fuera de la apreciación de circunstancias eximentes de la responsabilidad.

En todos estos casos, de igual manera que en los supuestos en los que no se advierte la enfermedad mental, el cumplimiento de la pena de prisión se va a ejecutar en un centro penitenciario de régimen ordinario y no va a ser posible la aplicación de las medidas de seguridad u otras alternativas previstas en el Código Penal. Ello va a generar graves problemas, dado que el medio penitenciario no es adecuado para el tratamiento de personas con psicopatologías mentales, resulta perjudicial para su situación de salud y dificulta el acceso a programas específicos de tratamiento, agravándose el carácter aflictivo de la pena y alejándose todo atisbo de que constituya un mecanismo dirigido a su integración comunitaria.

La persona se ve inmersa en una rueda incongruente del sistema penal, acumulando delitos e ingresos en prisión, sin que desde el sistema penal ni desde la asistencia sanitaria se halle el modo de interrumpir esta espiral, en la que parece que lo único que importa es el efecto segregador de la prisión, que libra a la sociedad de la persona enferma infractora.

En estos casos sería conveniente que la sentencia recoja la anomalía psíquica detectada, como hecho probado, aunque no constituya una circunstancia modificativa de la responsabilidad, para ser tenida en cuenta a la hora de la determinación de la pena y de la ejecución penitenciaria de la misma.

Por otra parte, sería conveniente agotar las posibilidades de aplicación de atenuantes analógicas, en la forma en que seguidamente expondremos, que habiliten la aplicación de medidas de seguridad adecuadas a la situación de salud mental de la persona.

2. La respuesta del Código Penal a las personas con enfermedad mental: las medidas de seguridad

La medida de seguridad –arts. 95 y ss. del Código Penal– es la consecuencia jurídica específica que prevé el ordenamiento jurídico como respuesta al delito cometido por personas que actúan con sus facultades anuladas o mermadas por su enfermedad mental.

La medida de seguridad sería la consecuencia aplicable a la persona autora de un delito en quien se aprecie una causa de inimputabilidad (por anomalía o alteración psíquica grave, intoxicación plena o síndrome de abstinencia y alteraciones en la percepción desde la infancia) o una imputabilidad disminuida (eximente incompleta o atenuante relativa a las causas anteriores) y siempre que se aprecie peligrosidad criminal, de manera que su finalidad se orienta precisamente a asegurar hacia el futuro que se disminuya el pronóstico de reiteración delictiva, mediante la aplicación del tratamiento adecuado de la persona con enfermedad mental.

Su escasa regulación se contiene en los arts. 6 y 95 a 108 del Código Penal, en la legislación penitenciaria (arts. 1, 8 y 11 LOGP y 182 a 184 RP) y en el RD 840/2011, de 17 de junio. El Proyecto de Ley Orgánica por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, que se encuentra en fase de tramitación parlamentaria a la fecha de redacción del presente informe, va a introducir importantes novedades en la materia.

Como sabemos, las medidas de seguridad previstas en la legislación penal en el momento actual pueden ser privativas de libertad (internamiento en centro psiquiátrico, en centro de educación especial o en centro de deshabituación) y no privativas de libertad (tratamientos ambulatorios, programas formativos, custodia familiar y otras).

a) Imposición de las medidas de seguridad y juicio de imputabilidad

En la aplicación de las medidas de seguridad como alternativas a la prisión para las personas aquejadas de enfermedad mental cobra singular relevancia el esfuerzo durante el proceso orientado a la apreciación por parte del tribunal de alguna circunstancia modificativa de la responsabilidad penal relacionada con la imputabilidad.

Solo si en el proceso queda acreditado que la persona ha actuado con sus facultades disminuidas como consecuencia de la patología que padece, se abre la puerta para la aplicación de las medidas de seguridad.

Por ello, ha de reiterarse la importancia de la solicitud por parte de la defensa de las pruebas periciales oportunas, como la prueba pericial psiquiátrica forense o la aportación de la documental médica precisa. En este sentido, podría resultar relevante que dicha información pudiera ser suministrada por servicios sociales o sanitarios que auxiliaran en este sentido a los operadores jurídicos.

Pues bien, si se acredita que la persona, como consecuencia de su enfermedad mental, ha actuado con sus facultades volitivas o cognitivas anuladas y, por tanto, se reconoce la concurrencia de una eximente completa de la responsabilidad (art. 20.1., 20.2. o 20.3. CP) solo cabe imponer como respuesta al delito la medida de seguridad y no la pena (de prisión) prevista en el Código Penal para el ilícito cometido.

Por su parte, si se considera que la persona ha cometido los hechos con sus facultades seriamente afectadas pero no totalmente anuladas y se reconoce la concurrencia de una eximente incompleta (art. 21.1. en relación con el art. 20 CP), se podrá imponer tanto la pena, rebajada por la eximente (arts. 66 y 68 CP), como la medida de seguridad.

Rige en nuestro ordenamiento el denominado sistema vicarial: si se trata de una medida de seguridad privativa de libertad, primero se cumplirá esta, abonándose el tiempo cumplido a la pena impuesta; si finalizada la medida de seguridad quedase pena por cumplir, se podría suspender su ejecución o sustituirla por medidas de seguridad no privativas de libertad.

Especiales problemas genera, como consecuencia de la precaria regulación legal existente, la concurrencia de penas con medidas de seguridad no privativas de libertad, sosteniendo una parte de la doctrina (Sanz Morán, Mapelli Caffarena, Sierra López) la aplicación a su ejecución del sistema vicarial que el Código Penal prevé expresamente solo para los casos de medidas privativas de libertad.

En concreto, se apunta la posibilidad de aplicación analógica del artículo artículo 59 del CP, que regula el abono a la pena de medidas cautelares de distinta naturaleza y considera que ha de entenderse que se opta por la aplicación en primer lugar de la medida de seguridad y su abono a la pena. En las medidas de internamiento el abono será día por día; en las medidas no privativas de libertad el tribunal tendrá que proceder según su prudente arbitrio "*dando por ejecutada la pena en aquella parte que estime compensada*" (art. 59 CP).

La calificación de la persona enjuiciada como inimputable, semi-imputable o la apreciación de circunstancias atenuantes depende, como sostiene Etxebarria Zarrabeitia, no solo de criterios biopsicológicos, sino también de las consideraciones sociales y políticas sobre la reprochabilidad a las personas que delinquen en determinadas condiciones psíquicas y psicosociales y también, en última instancia, de la existencia de medios eficaces de contrarrestar la "peligrosidad criminal" mediante respuestas distintas a la pena de prisión. No a todas las personas se les puede exigir la misma responsabilidad penal porque no todas estamos en las mismas condiciones ante la norma. De ahí que deba ir extendiéndose el tratamiento no punitivo de las personas con enfermedades mentales, personas con trastornos de la personalidad, trastornos adictivos, personas en situaciones de profunda desigualdad social...

En todo caso, una conclusión clara para ese autor es que el juicio de imputabilidad no corresponde a los y las especialistas en psiquiatría, sino al juzgador, aunque en ocasiones dé la impresión de que este delegan en exceso esa competencia en dichos profesionales técnicos, como si el juicio de imputabilidad fuera una cuestión meramente médica, absoluta, inmutable e independiente de las valoraciones sociales.

En la práctica, la posibilidad de realizar un adecuado juicio de imputabilidad en determinados casos, como sucede con los trastornos de la personalidad, se ve mermada porque se trata de patologías mentales no del todo conocidas, con criterios de diagnóstico, al parecer, no completamente compartidos, falta de diagnósticos certeros, falta de herramientas de tratamiento, etc., por lo que el sistema judicial no cuenta con elementos de prueba adecuados sobre este extremo. Son uno de los colectivos que parece abocado al ingreso en prisión y a la espiral que conlleva, sin que ni dentro ni fuera del medio penitenciario parezca encontrarse soluciones.

La mayoría de las personas que padecen un trastorno de la personalidad, en concreto en torno a un 80% de ellas, presentan de manera comórbida un trastorno por uso de sustancias. La atención que reciben en la red comunitaria se dirige casi exclusivamente a paliar el síntoma de la adicción, no desarrollándose intervenciones específicas dirigidas al trastorno de la personalidad concurrente, lo que provoca descompensaciones en estos diagnósticos duales, que se manifiestan en conductas delictivas y provocan, con frecuencia, ingresos en prisión.

b) Lugar de cumplimiento de las medidas de seguridad

El Código Penal no regula en qué instituciones, establecimientos o recursos deben ejecutarse las medidas privativas de libertad.

Por su parte, el artículo 20 del RD 840/2011, de 17 de junio, señala que las medidas de seguridad se cumplirán en los centros adecuados, públicos o concertados de las administraciones públicas competentes.

En definitiva y como de hecho ocurre en la práctica, habrá que entender que las medidas de seguridad pueden cumplirse en establecimientos públicos y privados, acreditados u homologados, y dentro de los públicos, podrán ser penitenciarios o de la red comunitaria.

La Ley Orgánica General Penitenciaria y el Reglamento Penitenciario obligan a la Administración penitenciaria a crear los recursos o ponerlos a disposición de jueces y tribunales (artículos 1, 8 y 11 LOGP). Sin embargo, la carencia de recursos de la Administración penitenciaria en esta materia es patente. Solo existen dos establecimientos psiquiátricos penitenciarios en todo el territorio de la Administración General del Estado: uno en Sevilla y otro en Alicante, los cuales se encuentran saturados y carecen de personal médico suficiente y adecuado, primando la seguridad sobre la perspectiva asistencial. Además se han convertido en un cajón de sastre en el que se aglutinan personas en muy diferente situación y con patologías bien distintas.

En cuanto a las llamadas "unidades psiquiátricas penitenciarias", que se integrarían en establecimientos polivalentes, no se han puesto en funcionamiento, deficiencia criticada por los jueces y juezas de vigilancia penitenciaria, que instan a su creación "*para atender a la demanda de atención especializada de sus respectivas áreas territoriales, en cumplimiento del deber de velar por la salud de los internos prevista en el art. 3.4 LOGP, y en aplicación del criterio legal de separación previsto en el art. 16 d) de la citada ley*" (acuerdo 26 de los criterios refundidos de la XIII Reunión).

La falta de creación de dichas unidades y la existencia únicamente de dos hospitales psiquiátricos penitenciarios infringe el art. 191 RP, que establece que la Administración penitenciaria deberá facilitar una distribución territorial de las instalaciones psiquiátricas penitenciarias, que favorezca la rehabilitación de las personas con enfermedad a través del arraigo en su entorno familiar y social. Ese alejamiento territorial agrava la situación de las personas con enfermedad mental ingresadas en dichos establecimientos.

El hecho de que el Reglamento Penitenciario (arts. 182 y 183) imponga a la Administración penitenciaria la obligación de celebrar los convenios necesarios para la ejecución de las medidas de seguridad privativas de libertad y de contar con los recursos adecuados y suficientes en esta área (cosa que, como hemos visto, no ocurre) no significa a *sensu contrario* que las medidas de seguridad solo puedan ejecutarse en centros dependientes de la Administración penitenciaria, como tampoco ocurre en la práctica. De hecho, parece que el recurso penitenciario debería quedar reservado para los supuestos de mayor peligrosidad en los que no se contase con recursos extrapenitenciarios capaces de garantizar la función asegurativa.

El juez o la jueza, para optar por el dispositivo adecuado, realiza una valoración de la peligrosidad y de la necesidad de tratamiento en régimen cerrado. Por ello, parece esencial que en la determinación del recurso más adecuado a cada persona esté auxiliado por la opinión de los equipos técnicos sociales o sanitarios que atienden a la persona, aportando su visión sobre la evaluación del riesgo, sobre las necesidades tratamentales y sobre los recursos sociosanitarios existentes. Así lo recomiendan los defensores del pueblo,

que detectan la ausencia de un órgano de asesoramiento a la judicatura o de personal especializado que la auxilie al respecto.

En este sentido, la carencia de recursos comunitarios de esta naturaleza es una realidad grave, que ya venimos denunciando desde el Ararteko, como se refleja en su informe anual 2012 al Parlamento Vasco, que determina que muchas personas con enfermedad mental, especialmente las que cuentan con menos recursos y son más vulnerables, carecen de otra respuesta que el sistema jurídico-penitenciario, por causa de una deficiente atención en la comunidad o porque una vez en prisión se hace muy difícil su excarcelación por motivos de salud, al no existir recursos adecuados de acogida en la comunidad[2].

En tal sentido hemos venido manifestando que *"El problema de la escasez de recursos para la asistencia psiquiátrica en el ámbito penitenciario se inscribe, sin embargo, en la más general de falta de atención en nuestra sociedad a la enfermedad mental"*.

Las nuevas unidades hospitalarias no pueden asumir funciones residenciales, sino que están concebidas para periodos cortos de tiempo destinados exclusivamente a afrontar la crisis de la enfermedad, no respondiendo a problemas de custodia prolongados, sino a aspectos puramente sanitarios. Parece que la ausencia de otro tipo de recursos y estructuras intermedias es evidente.

Sobre la cuestión relativa a la insuficiencia de recursos y las dificultades en el abordaje de los trastornos de la personalidad, esta institución se ha pronunciado en su Resolución del Ararteko de 23 de noviembre de 2012, por la que se recomienda a Osakidetza-Servicio Vasco de Salud la adopción de una serie de medidas generales relativas a la atención de las personas con este tipo de trastornos. Los problemas de diagnóstico de estos trastornos y la insuficiencia de medios para su abordaje favorecen la comisión de actos de relevancia penal y el consiguiente ingreso en prisión de las personas afectadas.

Parece necesario disponer de medios y estrategias adecuadas por parte de Osakidetza para ofrecer una atención específica a las personas que padecen trastornos de la personalidad. Así pues, se hace preciso articular recursos especializados como el hospital de día, con las características del que se encontraba ya proyectado desde 2009, tal y como indicábamos en la resolución mencionada; protocolos de coordinación; mecanismos de detección temprana; medios para su abordaje; etc., ante la constatación de que, debido a su frecuente comorbilidad con el trastorno por uso de sustancias, las atenciones que reciben en la red sociosanitaria estos/as pacientes duales se dirigen exclusivamente a controlar los síntomas de la adicción, olvidando la atención sobre el trastorno de la personalidad concurrente, lo que provoca descompensaciones que se manifiestan en conductas delictivas y provocan con frecuencia ingresos en prisión (véase recomendación nº 6).

En tanto ello no se materialice, resulta imprescindible contemplar y aplicar vías como la derivación, la concertación y el reintegro de gastos.

c) Escasa utilización de las medidas de seguridad: ventajas de una mayor implementación

En la práctica, las medidas de seguridad están infrautilizadas y su aplicación es escasa, a pesar de las potencialidades frente a las formas suspensivas y sustitutivas y, en particular, frente a la imposición de una pena de prisión.

Los principales problemas que dificultan su aplicación pueden ser:

- La reiterada ausencia de recursos adecuados y de medios personales y materiales precisos imposibilita su aplicación en muchos casos.
- La falta de tradición al respecto, estando concebidas entre muchos operadores jurídicos como tercera y última oportunidad, tras el fracaso de suspensiones y sustituciones, como forma de evitar el ingreso en prisión, de manera que son medidas por las que en la mayoría de los casos ni siquiera se interesan abogados y abogadas defensoras.
- La desconfianza que genera entre muchos órganos judiciales su precaria regulación legal, prácticamente inexistente y ambigua, que genera inseguridad jurídica especialmente en el abordaje de las incidencias que puedan tener lugar en su ejecución.
- Los problemas que genera la dualidad de órganos judiciales implicados en su ejecución: el juzgado de vigilancia penitenciaria y el juzgado sentenciador o ejecutor.

Frente a ello, las medidas de seguridad parecen una buena alternativa a la pena de prisión para los casos en que se aprecie una disminución de la imputabilidad, dado que:

- Ponen su acento en el tratamiento de la persona enferma frente al componente eminentemente retributivo de la pena de prisión. Tratan de asegurar de cara al futuro que se disminuye el pronóstico de reiteración delictiva mediante la aplicación en cada momento del pertinente tratamiento farmacológico, psicoterapéutico, acompañamiento, control, etc.
- Las medidas son más flexibles en su ejecución que las penas de prisión (pueden alzarse en cuanto dejen de ser preventivamente necesarias, modificarse, sustituirse o suspenderse) y dan más posibilidades que las suspensiones de condena en los casos de incumplimiento. Además, en las medidas puede fijarse un límite máximo a su duración, de conformidad con la gravedad del delito, pero no mínimo ni determinado, pues dependerá de la evolución del tratamiento (si bien, como hemos denunciado las defensorías del pueblo, en no pocos casos el límite máximo se confunde con el tiempo efectivo de cumplimiento).
- No tienen las limitaciones que presentan las suspensiones y las sustituciones de las penas, en lo que hace

[2] Sobre la insuficiente política de desinstitucionalización y de desarrollo de recursos comunitarios, véase el estudio *Aproximación a la atención de la salud mental de la infancia, adolescencia, juventud y vejez en la CAPV desde la perspectiva del Ararteko: retos y oportunidades*.

referencia a la duración de las penas susceptibles de acceder a dichas alternativas, ni los requisitos de primariedad delictiva o habitualidad. Además, suponen un cumplimiento efectivo de la responsabilidad penal abonable a efectos penológicos, de manera que las incidencias negativas no devuelven a la persona a efectos penales al punto de inicio.

- Una nueva pena por un delito anterior puede no entorpecer la medida de seguridad, dado que se podrá continuar con el cumplimiento, mientras que en las suspensiones, si la nueva pena no es susceptible de una medida alternativa, daría lugar al ingreso en prisión.
- Posibilitan la integración de la persona enferma en el tejido comunitario y evitan su apartamiento y desocialización si se cumplen en la red sociosanitaria.

En definitiva, fomentar el uso de las medidas de seguridad puede constituir un elemento esencial para racionalizar la reacción penal y facilitar un sistema penal más justo y eficaz, que participe activamente en políticas comunitarias de índole más preventiva y favorezca la integración de las personas que padecen enfermedad mental, evitando la rueda en la que se ven inmersas especialmente aquellas que presentan situaciones de exclusión más acentuadas.

VI

1) RELACION DE MEDIDAS DE SEGURIDAD DE INTERNAMIENTO en situación de cumplimiento en la CAPV a fecha de 10 de diciembre de 2013

Como se indicado, la aplicación de medidas de seguridad es residual. Así lo revelan los datos: a fecha 10 de diciembre de 2013 existen únicamente 36 medidas de seguridad de internamiento psiquiátrico en la CAPV, que se desglosan por territorios de la siguiente manera:

Bizkaia: 18

Los ingresos se realizan desde las unidades de valoración (agudos) de los hospitales generales de Basurto, Cruces y Galdakao, según un criterio de territorialidad (aunque existe también una unidad de agudos en el hospital psiquiátrico de Zamudio), desde donde se derivan a las unidades de subagudos (antes media estancia) de los hospitales psiquiátricos de Zaldibar y Zamudio. Zaldibar y Bermeo cuentan con una unidad de rehabilitación (antes, larga estancia).

Araba/Álava: 8

Los ingresos se realizan desde el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Santiago (unidad de hospitalización), que valora los casos y los deriva al Hospital Psiquiátrico de Álava, que cuenta con unidades de media y larga estancia.

En Araba/Álava está ubicada la Unidad de Psicosis Refractaria, a la que se derivan casos de toda la CAPV.

Gipuzkoa: 10

Los ingresos se tramitan directamente a través de la Dirección de Salud Mental de Gipuzkoa, que valora el caso y determina el centro de ingreso. Recientemente, el 29 de noviembre de 2013, ha sido inaugurada la Unidad de Psiquiatría Legal ubicada en el Hospital Aita Menni de Arrasate/Mondragón.

Esta unidad, que cuenta con 10 camas, es una unidad diferenciada y separada dentro del Hospital Aita Menni, dedicada a la atención de personas con enfermedad mental, con daño cerebral y personas mayores dependientes. Se trata de una instalación psiquiátrica con elementos de alta seguridad dirigidos a evitar autolesiones, agresiones e intentos de fuga. El mobiliario ha sido concebido fundamentalmente para que no pueda ser instrumento de agresión ni autolesión. Todos los espacios son supervisados permanentemente desde un centro de control, con cámaras que no dejan puntos ciegos. Está pensada, por tanto, para atender a personas con trastornos mentales graves que *"requieran niveles excepcionales de seguridad, contención y vigilancia para asegurar el mantenimiento del paciente en el centro y que resulten imposibles de procurar en el resto del sistema sanitario"*.

Esta unidad podría ser un recurso terapéutico válido para las 4 personas que en estos momentos se encuentran cumpliendo medidas de seguridad de internamiento en los centros penitenciarios de la CAPV, personas que en su momento presentaron desajustes con las dinámicas terapéuticas de las unidades psiquiátricas hospitalarias de la red y que precisan mayores medidas de seguridad que las propias de un centro sanitario.

Por otro lado, el bajo porcentaje de medidas de internamiento que se están cumpliendo en las prisiones (frente a las 36 personas con medidas penales ingresadas en los distintos hospitales de la comunidad) hace pensar en los buenos niveles de ajuste de los pacientes psiquiátricos con cumplimientos penales a los regímenes tratamentales de las unidades hospitalarias, en los que se benefician de un entorno terapéutico normalizado, rehabilitador e integrador. En estos casos la medida penal va de la mano del proceso terapéutico, respetando sus ritmos y sus propuestas, siendo pocas las medidas de seguridad que en su transcurso no se tornan ambulatorias.

En definitiva, el uso de estas unidades especializadas en personas con enfermedad mental con medidas penales debiera ser siempre excepcional y ceñido a aquellos casos que realmente requieran de unos elementos específicos de atención en el ámbito de la seguridad.

2) Necesidad de equipos interdisciplinares de apoyo a los órganos judiciales

En conclusión, se puede afirmar que la opción judicial por la prisión o por el dispositivo psiquiátrico penitenciario no responde tanto a un juicio sobre la peligrosidad de la persona y el tratamiento que precisa, como a la inexistencia de recursos alternativos sociosanitarios o de una información detallada y precisa de los recursos existentes en la comunidad y de las posibilidades tratamentales que ofrecen los mismos.

En este sentido, cabe citar el Documento de consenso de las comisiones de análisis de casos de personas con enfermedad mental sometidas a penas y medidas de seguridad, impulsado por la Secretaria General de Instituciones Penitenciarias y por la Estrategia de Salud Mental del Ministerio de Sanidad. En dicho documento, publicado en diciembre de 2012, se insiste en la necesidad de contar con un *"grupo de trabajo multidisciplinar (justicia-sanidad-servicios sociales-usuarios) capaz de reunir información de manera*

coordinada e interdisciplinaria, para permitir a los tribunales tomar decisiones sobre el recurso más apropiado para su derivación, hacer evaluaciones periódicas de su estado de salud, mantener una labor de intermediación entre las administraciones judicial, sanitaria, social, penitenciaria, el tercer sector, y los familiares de las personas con enfermedad mental".

Se advierte que los esquemas de derivación y coordinación entre el sistema jurídicopenal y el socioasistencial no son fáciles de establecer. Las dos instituciones trabajan con unos fundamentos diferentes, distintos objetivos y diferentes dificultades para alcanzarlos, por lo que la mediación entre ambas instituciones en estos casos resulta fundamental.

Según refiere el indicado documento de consenso, este equipo *"podría encargarse de protocolizar las actuaciones en las situaciones más frecuentes, para poder prever los recursos asistenciales necesarios y los modos de actuar en cada caso. Podría ejercer de órgano asesor de los tribunales en cada momento procesal y como intermediario entre estos y los recursos socioasistenciales"*.

En la actualidad, un equipo de estas características no funciona en la CAPV, pero sí encuentra su precedente en el Servicio de Asistencia y Orientación Social al detenido (SAOS), que actualmente no se encuentra en funcionamiento.

Sería, por tanto, necesario reimplantar un servicio análogo al Servicio de Asistencia y Orientación Social al detenido (SAOS), con el fin de contar con un **EQUIPO INTERDISCIPLINAR** que funcionase en los partidos judiciales y que pudiera reunir y aglutinar la información de la persona de manera coordinada, que pudiera facilitar a los tribunales el conocimiento de su situación sociosanitaria, sirviendo de eje coordinador de las distintas administraciones y agentes intervinientes, de manera que permitiese a los tribunales tomar decisiones contando con el conocimiento más amplio sobre la realidad de la persona y sobre el recurso más apropiado para derivar a la misma. Todo ello posibilitando además una visión global y actuación uniforme en los diferentes procedimientos judiciales en que pudiera verse imputada (véase recomendación nº 5).

3) Especial referencia al artículo 60 CP

En los casos en que no ha sido posible la aplicación de una medida de seguridad en sentencia, la persona aquejada de una patología psiquiátrica puede evitar el cumplimiento en prisión de la pena impuesta a través de las previsiones del artículo 60 CP, si bien su aplicación práctica es absolutamente residual. Indica el citado precepto:

> *"1. Cuando, después de pronunciada sentencia firme, se aprecie en el penado una situación duradera de trastorno mental grave que le impida conocer el sentido de la pena, el Juez de Vigilancia Penitenciaria suspenderá la ejecución de la pena privativa de libertad que se le hubiera impuesto, garantizando que reciba la asistencia médica precisa, para lo cual podrá decretar la imposición de una medida de seguridad privativa de libertad de las previstas en este Código que no podrá ser, en ningún caso, más gravosa que la pena sustituida. Si se tratase de una pena de distinta naturaleza, el Juez de Vigilancia Penitenciaria apreciará si la situación del penado le permite conocer el sentido de la pena y, en su caso, suspenderá la ejecución imponiendo las medidas de seguridad que estime necesarias.*
>
> *El Juez de Vigilancia comunicará al ministerio fiscal, con suficiente antelación, la próxima extinción de la pena o medida de seguridad impuesta, a efectos de lo previsto por la disposición adicional primera de este Código.*
>
> *2. Restablecida la salud mental del penado, éste cumplirá la sentencia si la pena no hubiere prescrito, sin perjuicio de que el Juez o Tribunal, por razones de equidad, pueda dar por extinguida la condena o reducir su duración, en la medida en que el cumplimiento de la pena resulte innecesario o contraproducente".*

Se trata de un mecanismo que se plantea en contadas ocasiones: a fecha 9 de octubre de 2013, únicamente hay 12 personas en toda la CAPV a las que se les está aplicando esta posibilidad que, sin embargo, podría paliar más casos de enfermedad mental inadvertida en el procedimiento judicial.

En estos supuestos, el juzgado de vigilancia penitenciaria, al acordar la suspensión de la ejecución de la pena, podrá imponer una medida de seguridad fundamentada, tal y como reza el precepto, no en la peligrosidad del condenado, sino en la asistencia sanitaria.

VI

3. El cumplimiento de penas en prisión por personas que padecen enfermedades mentales

Como consecuencia de los motivos relatados en los ordinales precedentes, en prisión cumple condena privativa de libertad un porcentaje muy elevado de personas con enfermedad mental que, en atención a sus patologías y necesidades, no deberían estar en un centro penitenciario, sino en otros espacios más adecuados, como así lo venimos recomendando en los informes anuales de los últimos años.

Las personas presas afectadas por estas patologías son, en ocasiones, destinadas a las **enfermerías** de los centros penitenciarios cuando, según el art. 37 LOGP, estas únicamente estarán destinadas a la observación y diagnóstico, pero no a la permanencia de las personas internas, dado que en ellas las actividades son muy reducidas.

En otras ocasiones, las personas con enfermedad mental conviven en los **módulos ordinarios** con el resto de las personas presas, siendo objeto de manipulación y abusos por parte de otras personas internos y protagonizando, en muchos casos, ante el inadecuado abordaje de su situación psiquiátrica, episodios de violencia e indisciplina que se traducen en sanciones disciplinarias y pérdida de beneficios penitenciarios. No en vano se encuentran en un espacio en el que se van a activar sus síntomas, manifestándose la descompensación en conductas disruptivas.

Así lo evidencian las conclusiones de las defensorías del pueblo en las "Jornadas sobre protección de las personas con enfermedad mental", celebradas en junio de 2012, cuando señalábamos que "*La doble condición de enfermo-preso del enfermo mental interno en centro penitenciario u hospital psiquiátrico penitenciario conlleva problemas específicos. No es fácil distinguir el síntoma de una enfermedad de una infracción disciplinaria: la externalización de síntomas puede conllevar sanciones más o menos explícitas, mientras que la internalización de los síntomas puede agravar la enfermedad. Las dificultades terapéuticas inherentes al medio cerrado deben compensarse –si es necesaria o inevitable la continuidad en ese medio– mediante medidas que alivien las desventajas estructurales propias del medio cerrado: salidas terapéuticas, apertura de asociaciones de ayuda, búsqueda de recursos en el exterior que permitan una buena transición hacia la vida en libertad, o espacios claramente diferenciados para el enfermo mental dentro de las prisiones ordinarias*".

Lo cierto es que en los centros penitenciarios apenas existen programas específicos de atención y tratamiento para las personas con enfermedad mental, con actividades específicas para su situación, a pesar del PAIEM, al que hemos hecho referencia anteriormente.

Como hemos reiterado, la atención recibida por la persona con enfermedad mental en el medio penitenciario se ve condicionada, en gran medida, por la prioridad que se otorgue a su carácter de persona presa sobre el de paciente. Lo educativo y tratamental está condicionado por la seguridad, la disciplina y la escasez de recursos humanos y de herramientas terapéuticas.

El Reglamento Penitenciario contempla un buen número de posibilidades y medidas para dar una respuesta diferente a la situación de estas personas enfermas, potenciando el régimen abierto o la excarcelación. Sin embargo, su incidencia práctica sigue siendo muy reducida. Entre dichas posibilidades destacamos:

Art. 117 RP: regula la posibilidad de que personas presas clasificadas en segundo grado puedan acudir regularmente a una institución exterior para la realización de un programa concreto de atención especializada, siempre que este sea necesario para su tratamiento.

Art. 86.4. RP: contempla la posibilidad de que las personas internas puedan ser progresadas a tercer grado, régimen abierto, para desarrollar actividades de tratamiento y acudan al establecimiento penitenciario solo para la realización de controles presenciales, o bien sean controlados mediante dispositivos telemáticos.

Arts. 104.4. y 196 RP: regula la posibilidad, por razones humanitarias y de dignidad personal, de conceder la libertad condicional a personas con enfermedades muy graves, con padecimientos incurables.

Art. 165 RP: regula las unidades dependientes que en materia de atención a personas con enfermedad mental no existen, para el acceso a las mismas, al estar ubicadas fuera de los recintos penitenciarios, se requeriría la clasificación en tercer grado o la aplicación de las previsiones del art. 100.2. RP.

A pesar de todo ello, las personas con enfermedad mental continúan en prisión por la ausencia de medios para dotar de contenido estas posibilidades legales y por la primacía en muchos casos de criterios garantistas sobre los tratamentales, resultando muy difícil a las personas presas el acceso a la red sociosanitaria existente. Además, como hemos constatado, esta red tiene **reticencias para la recepción de este tipo de pacientes**, especialmente por la falta de medios de seguridad. En concreto, las personas encarceladas son un grupo de población con dificultades particulares para el acceso real a los servicios de atención a la salud mental existentes en el ámbito comunitario.

Lo que sí parece esencial es **fortalecer los cauces de coordinación** entre el medio penitenciario y la red comunitaria, para que a la excarcelación de la persona enferma mental se posibilite su atención y se eviten las situaciones de marginación y exclusión, con abandono de la atención psiquiátrica, reincidencia en el delito y reingreso en prisión, generando recursos de asistencia específicos que en la actualidad no existen.

Estudio de campo

VII

capítulo

Capítulo VII

Estudio de campo

1. Introducción

Para el conocimiento en profundidad de la situación de la atención sociosanitaria de la salud mental de las personas privadas de libertad se ha realizado un estudio de campo que ha comprendido dos fases. La primera de ellas se desarrolló en los primeros meses del año 2011.

Sin embargo, la constatación de los movimientos significativos que se estaban produciendo en este ámbito, con la transferencia de las competencias en materia de sanidad penitenciaria al Gobierno Vasco y el impulso del programa PAIEM por parte de la Subdirección General de Instituciones Penitenciarias, aconsejó desarrollar en un momento posterior una segunda fase del estudio de campo, que pudiera incorporar el análisis de las nuevas circunstancias y su incidencia en la situación final.

Habida cuenta de que todas las modificaciones en este campo necesitan un tiempo para surtir sus efectos y poder valorar adecuadamente y con cierta perspectiva sus consecuencias, esta segunda fase del estudio se desarrolló entre los meses de septiembre y diciembre de 2013.

2. Ámbito

Se planteó que el estudio alcanzara a toda la CAPV y, por ello, se solicitó al Ministerio del Interior el permiso para la participación de los tres centros penitenciarios ubicados en cada uno de los tres territorios históricos: Centro Penitenciario de Basauri (Bizkaia), Centro Penitenciario de Nanclares de la Oca (Araba/Álava) y Centro Penitenciario de Martutene (Gipuzkoa).

Posteriormente se vio también el interés de solicitar la participación del Centro de Menores de Ibaiondo sito en Zumarraga (Gipuzkoa) y el Centro de Menores “Txema Fínez” de Aramaio (Araba/Álava), dependientes de la Viceconsejería de Justicia del Gobierno Vasco, dado que se consideró que la situación de salud mental de los menores condenados con sentencias privativas de libertad también es una variable que se ha de explorar.

3. Metodología cualitativa: fundamentos

En el terreno de las ciencias sociales se pueden estudiar los hechos desde el punto de vista de la frecuencia de su presentación u otros parámetros objetivables, de lo cual se encarga la metodología cuantitativa, o desde el sentido y la significación de los mismos presentes en las representaciones y discursos sociales, de lo cual se encarga la metodología cualitativa.

Dado que ninguna actividad humana escapa al lenguaje y al habla, podremos emplear la metodología cualitativa para investigar cualquier fenómeno relacionado con la realidad social, entre ellos la salud y la enfermedad.

En el ámbito de la salud mental ha habido estudios (E. Goffman, *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*) que abonan no solo la conveniencia, sino la necesidad de abordar determinados problemas de salud desde perspectivas radicalmente distintas a las biomédicas o puramente cuantitativas. La introducción de la subjetividad (del investigador y de los investigados) como objeto de análisis indudablemente supuso un avance cualitativo en el conocimiento del funcionamiento institucional y sus repercusiones en la salud de los sujetos.

El territorio fronterizo de lo sociosanitario es un marco apropiado para la utilización de las propuestas metodológicas cualitativas, más si se tiene en cuenta la emergencia de algunos efectos no descritos de los abordajes cualitativos: la trascendencia social de los hallazgos, que a menudo llegan a los medios de comunicación como “mensajes negativos” que comprometen su estabilidad institucional, la posición comprometida con los participantes, el efecto terapéutico que provocan determinadas técnicas cualitativas que va más allá de su función en la investigación, etc. Además, la mirada cualitativa provee al investigador de un espíritu crítico que permite romper con las inercias que, a menudo, se instalan en los ámbitos sanitario y penitenciario.

4. Primera fase del estudio de campo

4.1. Descripción de la herramienta: grupos focales

Una vez definido que la metodología a emplear en el estudio iba a ser la cualitativa y que se iba a utilizar el enfoque grupal, se optó por seleccionar como herramienta de recogida de información la técnica de los grupos focales.

La técnica de los grupos focales consiste es una reunión con modalidad de entrevista grupal abierta y estructurada, en donde se procura que un grupo de individuos seleccionados por los investigadores discutan y elaboren, desde la experiencia personal, una temática o hecho social que es objeto de investigación, en este caso, cuál es la situación de la patología mental en las prisiones de la CAPV.

Se parte de la premisa de que si se logra generar un ambiente adecuado y se controlan las variables necesarias, se obtiene información valiosa tanto del contexto como de las relaciones y los actores directamente involucrados en la temática en estudio.

4.2. Definición

A partir de este modelo se decidió la creación de grupos focales representativos de distintas sensibilidades y niveles de información e interacción en el ámbito penitenciario, para la obtención de respuestas significativas aplicadas a las preguntas objeto del informe.

Estos grupos focales debían tener una composición homogénea en cuanto a origen territorial y representatividad de las profesiones y los roles jerárquicos, con una composición de 6 a 8 participantes dirigidos por dos personas, pertenecientes al grupo redactor del informe, que desarrollan las figuras de conducción y observación en todos los grupos.

Dada la estructura de funcionamiento de las prisiones, se identificaron cuatro colectivos homogéneos con los que realizar la recogida de información:

A) Profesionales sanitarios.
B) Equipo técnico.
C) Funcionarios y funcionarias de instituciones penitenciarias.
D) Personas en situación de privación de libertad internas en las prisiones de la CAPV.

Se decidió, por tanto, realizar 4 grupos focales formados por personas pertenecientes a las tres prisiones. Además, se consideró oportuna la realización de un grupo focal con el colectivo de profesionales del Centro de Menores Ibaiondo, por lo que finalmente se decidió realizar 5 grupos focales.

De dichos grupos se obtendrían, mediante trascripción de las sesiones, una serie de núcleos de significados que, debidamente analizados y ponderados, formarían parte del contenido del informe.

Se solicitó para ello la colaboración de los responsables de los centros penitenciarios y del centro de menores para conformar los grupos con la composición que se detalla en el siguiente apartado.

4.3. Guion de los grupos

Para cada uno de los grupos se preparó un guion de preguntas dirigidas a estimular la discusión entre los participantes de grupos y a focalizar la atención para responder a las cuestiones que se detallan en el siguiente cuadro.

GRUPO	GUION ENTREVISTA
I- EQUIPO DE CENTRO DE MENORES	• Conocer cuál es la presencia relativa de los trastornos mentales en la práctica clínica y, en ese contexto, cuáles son las fortalezas del sistema actual y cuáles las áreas de mejora. • Determinar el grado de coordinación entre las distintas profesiones e instituciones. • Conocer el grado de éxito o eficacia de las prácticas habituales empleadas en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales.
II- EQUIPO TÉCNICO DE PRISIONES	• Conocer cómo influye la presencia de un trastorno mental en el desarrollo de su área de trabajo o influencia. • Conocer cuál es la percepción de necesidades, atendidas y sin atender, en el contexto penitenciario en relación con la existencia de individuos con un trastorno mental. • Conocer cuál es la situación de supuestos frecuentemente ligados a la presencia de un trastorno mental: cumplimiento de medidas de seguridad, manejo de eximentes…
III- EQUIPO TERAPÉUTICO	• Conocer cuál es la presencia relativa de los trastornos mentales en la práctica clínica y, en ese contexto, cuáles son las fortalezas del sistema actual y cuáles las áreas de mejora. • Determinar el grado de coordinación entre las distintas profesiones e instituciones. • Conocer el grado de éxito o eficacia de las prácticas habituales empleadas en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales.
IV- EQUIPO DE FUNCIONARIOS/AS	• Conocer si el diagnóstico de trastorno mental trasciende a un ámbito no sanitario. • Conocer cómo influye la presencia de un trastorno mental en el desarrollo de su área de trabajo o influencia. • Conocer cuál es la percepción de necesidades, atendidas y sin atender, en el contexto penitenciario en relación con la existencia de individuos con un trastorno mental.
V- GRUPO DE PERSONAS PRESAS	• Conocer la opinión sobre el concepto de trastorno mental y su prevalencia en el medio penitenciario. • Conocer la opinión sobre la atención al trastorno mental, toxicomanías incluidas.

4.4. Desarrollo de los grupos

Los diferentes grupos se desarrollaron en la ubicación propuesta por los directores de los centros, en función de la mayor facilidad o conveniencia, dado que no hay una cultura de reuniones de intercambio intercentros.

Se solicitó permiso a las personas participantes para la grabación de las sesiones. La trascripción posterior de cada una de las sesiones fue realizada por una profesional contratada a tal efecto y que no ha participado en ninguna de las demás fases del estudio. La información contenida en los documentos de trascripción fueron analizados por la persona conductora de los grupos y posteriormente debatida y discutida con el resto del equipo encargado de la elaboración de este informe.

Cada grupo tuvo una duración de 120 minutos, al inicio de los cuales el conductor del grupo les explicó a las personas participantes en cada uno de los mismos el origen y objetivos del estudio, la metodología que se iba a seguir, así como el compromiso de confidencialidad y anonimato con relación a las opiniones que allí se formularan.

Los grupos finalmente se desarrollaron según el cronograma y los participantes que se describen a continuación. Han participado en los grupos un total de 30 personas (24 hombres y 6 mujeres). La composición de los grupos, si bien no se ajustó exactamente al esquema propuesto en el diseño, sí que responde a los criterios de selección de las personas participantes en cuanto a representatividad territorial y de perfiles profesionales.

GRUPO FOCAL	Fecha de realización	Lugar	Participantes
I- EQUIPO DE CENTRO DE MENORES	28-02-2011	C. Zumarraga	Responsable del centro, responsable educativa, dos psicólogos y dos trabajadoras sociales
II- EQUIPO TÉCNICO DE PRISIONES	01-03-2011	C.P. Basauri	Directores de los tres centros, un trabajador social, una subdirectora de tratamiento, un jurista
III- EQUIPO TERAPÉUTICO	01-03-2011	C.P. Basauri	Tres médicos, una diplomada universitaria en enfermería, una subdirectora de tratamiento
IV- EQUIPO DE FUNCIONARIOS/AS	08-03-2011	C.P. Nanclares	Tres funcionarios de Nanclares, dos de Martutene y dos de Basauri (cuatro funcionarios de interior y tres jefes de servicio)
V- GRUPO DE PERSONAS PRESAS	08-03-2011	C.P. Nanclares	Seis internos

4.5. Proceso de análisis

Se han hecho dos tipos diferentes de interpretación de lo recogido. Una, la más habitual, es la extracción de núcleos de significado que consistirían en zonas del discurso que se repiten y que abundan en una misma intención subjetiva. La repetición de este tipo de "unidades semánticas" da un valor contrastable al discurso, al alejarlo de la neutralidad. La investigación se hace a través de la exploración dirigida hacia la detección de ese tipo de mensajes con una intención subjetiva clara. Así mismo, esa intención se sitúa en el discurso grupal con una connotación diversa y en muchas ocasiones opuesta, lo que da un tono ideológico y dialéctico al total del discurso grupal.

La labor del investigador se ha limitado, en primer término, a proponer una temática de investigación sobre la que exponer la impronta subjetiva que ha dejado la experiencia, en este caso, la situación de la salud mental en los centros penitenciarios de la CAPV. Este objetivo parece bastante sólido, al proponer un tema lo suficientemente experienciado o, en ocasiones, comentado como para generar un discurso coherente con el campo de investigación.

En segundo lugar, hay una labor de identificación de núcleos de significado soportado en un análisis literal del discurso grupal producido. Se hace este análisis con conocimiento de los elementos verbales y no verbales (participación como conductores de grupo) y tras una elaboración interpersonal de cuáles son los aspectos más destacados de la "temperatura", intencionalidad o tesis particular de cada grupo.

Los resultados de este análisis son útiles, ya que indican una serie de factores:

- Preocupaciones más prevalentes en cada grupo.
- Intención de las opiniones.
- Agrupación en áreas de significado.
- Discursos repetidos.
- Discursos emergentes.

Esta tesis grupal ayuda también a establecer una matriz de áreas temáticas y discursivas en las que se ubican los núcleos de significado, y a la calificación de los mismos en cuanto a su "color": frío o caliente, positivo o negativo, como fortaleza o como debilidad institucional. Así se establecieron las siguientes tres áreas temáticas en las que se clasificaron los resultados del análisis:

- **ÁREA CLÍNICO-TÉCNICA**: Esta área agrupa la significación del hallazgo clínico, es decir, la detección y presencia de la enfermedad mental en el ámbito penitenciario, sus síntomas y signos, así como la respuesta a la misma desde los diferentes ámbitos: clínico, administrativo, jurídico, regimental, etc.

  Es el área nuclear y de mayor significación por la referencia de sus núcleos de significado a situaciones concretas.
- **ÁREA CULTURAL**: Esta área recoge el posicionamiento de los colectivos frente a los valores culturales predominantes respecto a la salud mental, respecto a las personas con enfermedad mental y respecto a sí mismas. Describe también los valores, positivos o negativos, que sustentan las actuaciones, iniciativas e inercias institucionales.
- **ÁREA ORGANIZATIVA**: Esta área agrupa los núcleos de significado que se relacionan con la influencia de la enfermedad mental en el funcionamiento institucional a todos los niveles, tanto en su relación con otras instituciones como a un nivel interno en su funcionamiento y procedimientos.

Se identificaron un total de 12 fortalezas y 10 debilidades, distribuidas por las áreas temáticas que se detallan en el siguiente cuadro.

	CLÍNICO-TÉCNICA	CULTURAL	ORGANIZATIVA
FORTALEZAS	8	3	1
DEBILIDADES	4	2	4

4.6. Tesis grupales

Cada uno de los diferentes grupos responde al objeto de la investigación, presentado a todos ellos con un guion similar, construyendo un discurso característico que está determinado por su particular espacio de influencia.

Esta especificidad, que luego se diluye en torno al consenso de los núcleos de significado, es interesante recogerla como aporte diferenciado y también como guía de cuáles pueden ser las claves de entendimiento de los diferentes colectivos y sus diferentes estrategias de afrontamiento de un mismo fenómeno: la enfermedad mental en el ámbito penitenciario.

Partiendo de la consideración de que sería ilusorio cualquier abordaje que prescinda de la valoración de la influencia del contexto en las percepciones y siendo conscientes de que el ámbito penitenciario como institución total afecta a todos los agentes intervinientes, hemos identificado algunas claves que a nuestro juicio explican la percepción específica que cada colectivo tiene del fenómeno. A través de estas claves se consigue interpretar la visión parcial de cada grupo y se facilita el entendimiento de la situación global y el acercamiento a una visión, conjunta y coherente del todo.

GRUPO SANITARIO

Palabra clave: explicación

- La perspectiva sanitaria aporta una intensa percepción de la importancia de la enfermedad mental como objeto de trabajo en el medio penitenciario.
- Postula el medio penitenciario como un medio continente para la expresión de la clínica y para la instauración de un tratamiento psicológico y farmacológico.
- Es pesimista en las expectativas de la evolución de la enfermedad mental, sobre todo en el trastorno mental grave, tanto por la propia experiencia clínica como por las características del medio comunitario a la salida del centro, claramente desestabilizador.
- Hay una explicación de la responsabilidad que entronca con las circunstancias de la vulnerabilidad asociada al padecimiento de una enfermedad mental. El estilo de asistencia es beneficiente y paternalista, intentando explicar las conductas con base en su patología.

GRUPO TÉCNICO

Palabra clave: normalización

- Hay un núcleo de cuestiones jurídico-forense-penitenciarias que sitúan la capacidad de tomar las mejores decisiones penales y administrativas para la persona con enfermedad mental en el exterior (aparato judicial, sanitario…), en una situación de progresiva presencia e importancia de la enfermedad mental en el ámbito penitenciario.
- Se introducen criterios de autonomía y dependencia en la valoración del interno con enfermedad mental, y se propone la normalización de su estatus como elemento de estabilización y respeto.
- Existe la percepción de una excesiva justificación de determinadas conductas con base en la enfermedad mental, sobre todo en torno a determinados diagnósticos (trastornos de la personalidad).
- El estigma institucional relacionado con los centros penitenciarios modifica la comunicación y las relaciones externas de una forma determinante, impidiendo la normalización.

GRUPO FUNCIONARIOS DE INTERIOR

Palabra clave: madurez

- Hay una importante teorización y reflexión grupal sobre el rol y las características de sus funciones.
- Su intervención está condicionada por el principio regimental de autoridad.
- Existe un rol terapéutico intrínseco y empírico basado en el sentido común, la utilización de habilidades como el poder de convicción y argumentación.
- Se echa de menos una formación más amplia en cuestiones de salud mental y más información sobre las circunstancias del interno con enfermedad mental en algunos casos, pero sin embargo existe una correcta autocrítica y responsabilidad de cuál es su papel en la buena evolución del interno con una enfermedad mental, como principales actores en la tarea de convertir los centros penitenciarios en espacios de convivencia.

GRUPO CENTRO DE MENORES IBAIONDO

Palabra clave: vinculación

- El compromiso activo y la continuidad de cuidados tras la salida del centro se percibe como nuclear en los planteamientos, sobre todo por la frustración que supone una escasa red de recursos específicos una vez finalizada la estancia en el centro, además de las tensiones y el desamparo del proceso de emancipación.
- El paradigma de acercamiento y comprensión de los menores es educativo, formativo y psicológico. En ese sentido, hay un posicionamiento fuertemente proactivo tanto en la búsqueda de recursos como en la obtención de información.
- La integralidad del proyecto educativo proporciona un estilo cercano y vinculante como herramienta principal de trabajo.

GRUPO INTERNOS

Palabra clave: adaptación

- Existe una percepción extendida sobre la enfermedad mental como producto de las circunstancias vitales previas.
- El ingreso en un centro penitenciario supone una circunstancia vital de efectos psicológicos muy importantes, asociado sobre todo a la soledad y al alejamiento del círculo habitual.
- Hay una fuerte crítica sobre el abordaje medicamentoso y no comprensivo de los síntomas psicológicos producto de la adaptación al nuevo medio.
- Existe una cierta invisibilidad de la sintomatología psiquiátrica grave, pero también hay referencias a la misma en términos de tolerancia y respeto.

4.7. Análisis de los datos obtenidos

Las tres grandes áreas propuestas para la comprensión de los resultados de ningún modo constituyen compartimentos estancos, pues la interdependencia entre ellas es una característica estructural de los fenómenos complejos como es la salud/enfermedad mental. Esta complejidad y las dificultades taxonómicas se aplican, con mayor énfasis aún, a la subdivisión en fortalezas y debilidades, ya que los núcleos de significado en numerosas ocasiones compartirán ambos sentidos y actuarán de formas distintas según el contexto o el momento en el que se aplican. Se utiliza pues esta clasificación en aras de la claridad y de un mayor esfuerzo comprensivo del fenómeno, pero las lecturas pueden ser diversas y ni mucho menos agotan todos los niveles de comprensión.

ÁREA CLÍNICO-TÉCNICA

Fortalezas

La presencia de la enfermedad mental en los centros penitenciarios es una evidencia detectada por todos los grupos, con la percepción de que es cada vez un elemento más frecuente e importante.

"En nuestra práctica, desde el punto de vista de los médicos, desde luego hay un índice de enfermedad psiquiátrica o parapsiquiátrica importante".

"Yo diría que sí. Yo diría que sí que existe o por lo menos hay algún diagnóstico presente. La mayoría son menores, con lo cual muchos de los diagnósticos igual no están definidos, o se está gestando algún tipo de trastorno, o ya existe en un porcentaje de la población".

"Nos afecta mucho, mucho a nivel de lo que antes hemos comentado. A nivel regimental, por un lado, y por otro lado, que afecta en lo que es la convivencia con los internos psiquiátricos. A veces detectas problemas, te afecta a nivel de que hay gente que padece problemas psiquiátricos y se te suicida".

La clasificación diagnóstica de los trastornos mentales es un elemento de la cotidianeidad clínica y se asigna distinta importancia y pronóstico a cada categoría.

El trastorno mental grave es el mejor controlado: *"Los trastornos psicóticos o los trastornos mentales graves sí que a lo mejor conseguimos controlarlos, porque instauramos el tratamiento farmacológico, se supervisa la medicación y más o menos están ajustados aquí. En ese sentido no hay problemas". "Las enfermedades mentales menores, por así decirlo, estamos como muy habituados a ellas. Ya sabemos que van a ir a demandar la medicación. Sin embargo, cuando entra una persona con trastorno psicótico o un esquizofrénico, ya estamos como más encima de ellos, más pendientes"*.

El trastorno mental común aparece como más complejo en la demanda pero menos preocupante: *"Los que tienen patologías menores son peores porque son más demandantes, causan más problemas. Seguramente se podría hacer algo más también, pero a mí en este momento casi me preocupan menos"*.

Los trastornos de la personalidad aparecen como problemáticos en el diagnóstico y con dudas sobre la entidad clínica: *"Hay un cajón de sastre que son los famosos trastornos de personalidad. O sea, entran internos, les vemos que algo tienen, no sabemos muy bien y muchas veces no llegamos a tener un diagnóstico claro de lo que tiene, pero hay algo, ¿no? Muchas veces pues se le diagnostica trastorno de personalidad inespecífico…". "El trastorno psicótico o los trastornos mentales graves, esos 15 que decimos, sí que son importantes, pero es que luego hay otros, otras cifras que tenemos detrás, como esos 57 trastornos de personalidad que también son muy considerables"*.

Los recursos para el diagnóstico, control y tratamiento de las enfermedades mentales, sobre todo el trastorno mental grave, son adecuados y abundantes para suministrar un tratamiento farmacológico y psicológico que permite al paciente avanzar en su recuperación: *"A nivel farmacológico están bien ajustados. Hay actividades, tanto las comunes como las específicas, para ellos, con talleres específicos de salud mental". "Si el tratamiento es individualizado para el resto de internos, en el caso de los enfermos mentales es mucho más individualizado si cabe". "Existe el programa de salud mental de internos en prisión". "O sea, que esto para ellos desgraciadamente es una forma de poder estar en este mundo". "Una vida tan estructurada y que están protegidos es un ambiente de protección en el sentido de proteger a la persona como tal. Alimentados, cuidados médicamente…". "Eso supone que si salen con más factores de protección de los que han entrado y con menos de riesgo, pues ahí hay una evolución, ¿no?"*.

Existe también la percepción de que ha habido un avance en los tratamientos farmacológicos: *"O sea, que desde el punto de vista de… digamos extraclínico, se puede percibir también que la farmacología ha avanzado". "En conexión con eso, ya no es solo el fármaco, es la dosis. O sea, que no lo deje excesivamente atontado, que deje de participar en las actividades, integrarse con el resto de internos. Yo creo que esa es la clave"*.

El consenso sobre la consideración clínica de las adicciones a sustancias no es fácil, ya que en términos generales aparece más como un rasgo o un factor causal en la enfermedad mental que como otra enfermedad mental, cuestión muy relevante, siendo seguramente la patología mental más prevalente. No obstante, el nivel de excelencia y experiencia en el campo de las adicciones es muy elevado en el medio penitenciario: *"Cuando empezamos a trabajar, la población que estaba en prisión, ¿cuál era? La población penitenciaria era drogadicta, eran los toxicómanos. Entonces tenemos mucha formación en toxicomanías". "Con la toxicomanía se ha avanzado mucho, se han puesto planes de mantenimiento con metadona, nosotros tenemos planes con los parches de buprenorfina. Entonces la toxicomanía no te digo que haya desaparecido, porque no ha desaparecido, pero está más controlada que antes"*.

Hay una percepción de cambio de perfil en el adicto a sustancias: *"Antes veíamos más en el heroinómano de toda la vida el deterioro orgánico; ahora es más el brote psicótico"*. **Y la aparición de sustancias (y delitos) emergentes**: *"Y va aflorando cada vez más el problema del alcohol. Mucho más que otras". "El alcohol, sobre todo en el toxicómano de larga trayectoria que abandona el consumo pero se lanza a manos del alcohol y eso está causando más problemas de inadaptación que lo que son otras drogas a las que tradicionalmente se les daba más importancia". "Y la presencia del alcohol en toda la bolsa nueva de* (delitos) *violencia de género y seguridad vial, que ahí están emergiendo casos de gente que vemos que, ni siquiera después de ingresar y de tener recaídas de consumo de alcohol en el centro penitenciario, es consciente de que tiene un problema de alcohol"*.

La formación sobre los aspectos técnicos del tratamiento de las enfermedades mentales es variable y aunque aparece como una franca debilidad en algunos colectivos, en otros es buena: *"Cuando yo estudié para la oposición a los médicos se nos definía como médicos de atención primaria con conocimientos especiales en psiquiatría. Nuestro temario estaba dividido en 4 partes y en la oposición nos preguntaban un tema de cada una de las partes: una era medicina preventiva, otra era leyes, otra era medicina general y otra era psiquiatría. O sea, un 25% de nuestra formación se supone que debe ser psiquiátrica"*. **Por otra parte, hay centros con formación continua e intensiva**: *"Estamos en ella* (en supervisión)*, pero solo el equipo directivo, solo los 11. Por ahora solo los 11 y ahora el responsable de centro y la responsable educativa a su vez están recibiendo otro tipo de supervisión"*.

Además de los recursos técnicos relacionados con la actividad sanitaria, hay otro tipo de habilidades que comportan un rol terapéutico y experto en la detección de sintomatología psiquiátrica a partir de la observación y la experiencia: *"Yo no soy experto en la materia y entonces cuando una persona con supuestos problemas mentales se te aparece tu ves lo aparente, ¿no? Ves lo de fuera. Hay algo que no te cuadra. Esta persona tiene un comportamiento extraño". "Hay mucha interactuación por parte de los funcionarios con respecto a los internos. Aun estando en la normalidad la gente es diferente y te responde diferente ante un mismo estímulo. Y creo que valoramos mucho y tenemos mucho en cuenta el cómo es cada uno y cómo se adaptan a las circunstancias"*. **Y se propone una serie de herramientas para su contención**: *"Nuestras principales armas son la experiencia y la labia, ¿no? Quiero decir el hablar. Al final llegas a la conclusión de que nuestra principal arma de todas es la información. Cuanta*

más información tienes, mejor. Entonces, si a ti te llega información de la persona con la que estás hablando, llega un momento en el que, por muchos internos que haya en un departamento o en un módulo, casi hablas a cada uno como él espera que le hables". **Esta situación introduce elementos de proporcionalidad y consideración con el estado del sujeto**: *"Es decir, si tú conoces, si tuvieses información, tienes un poco más de manga ancha. Si esa alteración del orden se produce en un recinto digamos cerrado, de manera individual, con muy poca gente presente, a lo mejor tienes, entre comillas, un poco más de paciencia, un poco más de labia, estás más tiempo con él". "Si la alteración del orden se produce en un recinto más amplio, con muchísima más gente, y el resto de internos, por supuesto, tiene mucha menos información que tú y tampoco tiene por qué saber que es una persona con enfermedad mental, lo pueden intuir. Evidentemente vas a actuar de otra manera, porque no puedes esperar a que ese incidente a lo mejor se extienda o tenga otras ramificaciones. Entonces, por eso quiero matizar que no siempre se resuelven los problemas indefectiblemente de la misma manera. Y que la información, por supuesto, es fundamental"*.

Esta proporcionalidad en la actuación regimental en función del estado mental del sujeto es más evidente en algunos centros: *"Si viéramos que unas determinadas conductas se repiten, que están unidas a un trastorno mental, entonces utilizamos un recurso que es el plan especial. O sea, lo que hacemos es darle un tratamiento especial, no aplicar tanto el procedimiento sancionador".* **Para ello hay un soporte de información exhaustiva, obtenida proactivamente y difundida**: *"Funcionamos en cuanto a que cuando ingresa un menor una parte recaba informes previos, tanto judiciales como psiquiátricos, a medida que se puede y demás. Lógicamente, si han estado en algún servicio, en Osakidetza, se contacta con ellos también para ver, o algún servicio estilo Etorkintza… o algún centro de este tipo. Se le pasan unas pruebas psicológicas de personalidad, de habilidades sociales, autoestima y todo ese tipo de pruebas, y luego sobre todo registros de observación. Hay mucha información entonces tanto a nivel de entrevista individual con él como observación grupal, como registros que se toman"*.

Se ve que la restricción normativa es un recurso terapéutico y una fortaleza, sobre todo en el caso de menores: *"Las condiciones de vida, una vida tan estructurada". "El retirar los tóxicos, un porcentaje muy alto lleva tema tóxicos y entonces, cuando hay una abstinencia, aquí eso sí se favorece, ¿no? Que sea un espacio libre de consumos con analíticas con control y con diferentes medios. Ahí se nota mucha evolución también, ¿no?". "Y yo creo que también la capacidad de observar* (de los internos)*". "La obligatoriedad yo creo que es una fortaleza también".* **Este recurso está unido a la utilización del vínculo, terapéutico y en ocasiones personal, como principal herramienta**: *"Al fin y al cabo lo que importa es el vínculo que pueda hacer con el educador, o con un psicólogo, o con una trabajadora social, o con la jefa, o con el jefe como más… el que haya una transformación ahí, ¿no?".* Q**ue tiene como problema la desvinculación con la salida**: *"Lo que se necesita un poco para prevenir eso es el sistema de fases. Lo que hace es pasar de una fase de integración inicial a una de desarrollo y luego ya a la de integración, ¿no? Que el salir fuera se intenta que sea lo más progresivo posible, para que tengan cada vez más autonomía, menos control y, bueno, se puedan ir desvinculando y puedan coger unas herramientas"*.

Se valora y postula la existencia de ámbitos específicos como espacio para los internos con enfermedad mental dentro de una línea de normalización: *"Ahora tenemos nuestros módulos de convivencia, nuestros módulos de respeto. Pues a lo mejor había que hacer un departamento donde el personal, igual que el personal que trabaja en un módulo de respeto, tiene primero cierta concienciación. Entonces le buscas el perfil adecuado, les das la formación, la que puedas, cuanta más mejor, reciclada, y le atiendes en un apartado de la prisión. Hombre, huyendo de aquello de que están estigmatizados no sería tampoco separarles, sino, bueno, que estén en un ambiente donde efectivamente, cuando haya que intervenir, tengamos alguna noción de cómo intervenir"*.

El tratamiento jurídico de las consecuencias de padecer una enfermedad mental en un centro penitenciario es también un recurso técnico muy importante y con consecuencias decisivas en la evolución y pronóstico de la enfermedad, ya que influye sobre el tiempo de estancia, el régimen de estancia o libertad y el tipo de dispositivo de atención: *"Desde el punto de vista jurídico, hay un primer momento en el que el juez hace esa primera valoración y declara la imputabilidad o la inimputabilidad. Ahí hay un momento clave, ¿no? Hay una situación intermedia, que es la semiimputabilidad, donde se declara la eximente incompleta, que da la posibilidad de hacer una sustitución de la pena por la medida de seguridad". "Personas que tenían en el momento de los hechos un desorden mental, en ese momento no se apreció, no tuvo una consecuencia jurídica, y luego a lo largo del cumplimiento aparece y está la vía del artículo 60 del Código Penal. Trastorno mental sobrevenido"*.

Debilidades

La principal debilidad del sistema penitenciario en el abordaje de la salud mental se relaciona con el seguimiento externo de las personas tratadas y las instituciones que están a su cargo (sanidad, justicia, acción social…). Este punto tiene un consenso unánime en todos los grupos y a través de él se visualiza el medio comunitario como un espacio de peligro y desprotección, formal y simbólicamente: *"A mí lo que me parece es que en el sistema falta algo. No sé si eso también es un poco una cosa que subyace en la idea futura de todo esto, que es un sitio en donde colocarles más allá de una prisión al uso, normal, o derivarles eternamente al servicio de psiquiatría de turno. Aquí te viene un psicótico y sí que le puedes tener más o menos controlado, le das su medicación tal… y, bueno, este hombre aquí no tiene que estar, no pinta nada, está rodeado de gente que no le va a favorecer en absoluto en la evolución de su enfermedad. Igual sí, médica, psicológicamente, pues en el día a día le puedes llevar, pues con su medicación, su terapia, pero, desde luego, si hay que hacer algo mas con él… si hay que reinsertarle o reorientarle o un poco más a medio-largo plazo, ni la prisión puede hacer nada ni creo que una unidad de agudos tampoco. Entonces, pues…". "Está aumentando el número de personas que tienen este tipo de problemática y*

que están sin red social de apoyo y, claro, a la hora de derivar a esas personas a la red de salud mental, no hay un soporte detrás que esté pendiente de si siguen sus citas, si tienen su medicación". "La atención que se presta a un interno cuando ingresa en una prisión es infinitamente mayor que la que puede tener, creo yo, una persona normal. Es decir, la ratio de médicos, de psiquiatras, de psicólogos, de educadores, de personas que estamos de una u otra manera pendientes de esa persona es infinitamente mayor que la que tiene en la calle". "Entonces, ahí hay chavales que se quedan… eso, en tierra de nadie, que no sabes, con muchísimas dificultades que tampoco les puedes ayudar en nada, porque aquí dentro están muy bien (a tomar la medicación)*. Hasta eso, hasta eso es un problema. A veces nos hemos planteado, ¡jo!, pues que vengan aquí y les damos. Es que ya…"*.

A esta situación de falta de proyecto a medio-largo plazo se une la complejidad de los diagnósticos duales, en los que a la enfermedad mental diagnosticada se suman otras situaciones, como la adicción a sustancias o la discapacidad intelectual: *"Y antiguamente había manicomios* (donde ingresar a la discapacidad intelectual)*. Ahora no hay manicomios o como quieras llamarlos. Entonces, a esos señores, a los que no se les controla en la calle, terminan delinquiendo, porque sí. Se les usa, a esta gente se les usa incluso para ser transportadores de droga. 'Como eres tonto, tampoco te pasara nada o no mucho. A mí, sin embargo, sí. ¡Hala, llévame este paquetito!' Y de esos al final pues entran, entran en… Eso es un ejemplo, ¿eh?, que no sé si se da mucho o no, pero entran y ese chico no tiene por qué entrar. Porque tiene un problema psiquiátrico, el coeficiente intelectual es muy bajo y porque ha sido muy fácil manejarlo". "Entonces, ¿qué ha empezado a salir ahora?: patología dual, trastornos de personalidad, patología psiquiátrica en general. Y, bueno, pues esa es la que nos toca ahora"*.

La percepción de precariedad en los recursos externos se extiende también al tejido sociosanitario: *"Es en el tejido asociativo donde yo encuentro más resistencia, porque buena parte de la asistencia social está derivada a las asociaciones, y todavía ellos tienen, en cierto modo, reservado el derecho de admisión"*.

A pesar de ofrecer un espacio normalizado y efectivo para algunas de las condiciones del tratamiento, también se percibe la escasa capacidad del centro penitenciario para convertirse en un espacio terapéutico y de recuperación: *"El problema es que queremos aplicar soluciones terapéuticas en los centros que no son los adecuados. Entonces, la solución ya sabemos cuál es: sería trasladar a los centros adecuados a estas personas".* **También aparece como posible debilidad la utilización de los módulos de enfermería como depositarios de los internos con enfermedad mental**: *"Es muy complicado. En muchísimos centros se va derivando a la gente que tiene patologías psiquiátricas, se les va derivando a las enfermerías. Y están en las enfermerías, pero también están incontrolables"*.

La utilización de fármacos, a pesar del casi unánime consenso de los avances producidos y su perfil más ajustado, también tiene una crítica sobre su utilización indiscriminada desde determinados colectivos, como son los internos: *"Yo, por ejemplo, estoy en contra total de que aquellos médicos psiquiatras que están aquí y cogen un tío, porque viene un poco desilusionado, y le empiezan a meter pastillas, le empiezan un 'coco', perdón por la expresión, un 'coco mental de dope'".* **Y también en otros, como los menores, aunque ubicándola en el pasado**: *"Porque había mucha gente contraria a la medicación. Más que nada, el miedo era la concepción de tomar medicación psiquiátrica –'no, no, por dios, aquí trabajamos, hay que trabajar'–. Va a ser que no. (…) por mucho educador que usted sea, vamos a tener que educarle un poquitín. Eso costó mucho al principio. Era un poco esa idea romántica de la no medicación o el rollo de trabajar. Pero la idea esa del medicado con la baba ahí pues ya no hay, ya no existe"*.

La adicción a sustancias, como ya se ha mencionado, mantiene una consideración de rasgo y cierta voluntariedad: *"No, vicioso, no. El concepto de trastorno mental lo identifico con otros, con otras situaciones, ¿no?, las que he comentado aquí antes. Para mí, un enfermo, una persona que tiene una toxicomanía es una persona con una toxicomanía. No la califico como enfermo mental".* **Hay un relación de la toxicomanía con la enfermedad mental como causa o efecto de la misma**: *"Hay toxicómanos que todavía no tienen enfermedad mental con apellido, pero que la van a tener. El cerebro cambia. Al final acaban con una patología mental, sin ninguna duda". "No es que te entran deteriorados porque están locos, sino porque es que tienen el cerebro hecho puré con las cosas que se meten"*.

Se vinculan los trastornos conductuales con el consumo actual o previo de sustancias: *"Porque la gente que ha consumido, por ejemplo, mucha cocaína es gente que en la cárcel, pues por la noche, si no les dan las pastillas, no duermen. Que dan el follón. Que luego al día siguiente están… tienen muchísimos trastornos del sueño y eso genera… No creo que sean locos, pero sí hacen o generan problemas similares a los que te puede proporcionar un tío que tiene una enfermedad mental"*.

Las principales debilidades en la asistencia a la enfermedad mental dentro del centro tienen que ver con los distintos intereses de los colectivos profesionales, divididos entre el principio regimental de autoridad y el del derecho al tratamiento rehabilitador. Esta situación se hace patente en la percepción de que la información es, en muchas ocasiones, unidireccional: *"Estamos poco informados los funcionarios de a pie que tenemos un contacto, digamos, más directo, más cotidiano con ellos. Nos falta información en cuanto a qué tipo de… No tanto qué tipo de patología, sino cómo puede evolucionar en cuanto a que nos afecte…". "Hay una dirección solamente en cuanto a la información". "Yo creo que tampoco hay fluidez en la información. Por ejemplo, el equipo de tratamiento y el equipo sanitario. No es que tenga nada en contra de ello ni nada, sino que a veces ellos se enteran de que un interno está mal; nosotros no lo hemos visto"*.

A esta falta de información se une la percepción de falta de formación en el caso concreto de la salud mental: *"Básicamente la formación yo creo que iría más en la otra línea de cómo actuar. De la manera menos lesiva. Que hay formas de hacerlo, ya te digo. Son complicadas, cuesta aprender, pero, bueno, son eficaces". "La formación que deberían dar es la de la concienciación, es decir, que ese hombre tiene una conducta no porque yo le caiga especialmente mal o le*

haya sentado mal el desayuno. O sea, porque estoy ante un problema que no puedo abordar igual que ante otro tipo de actuación irregular que sí que es estrictamente regimental".

ÁREA CULTURAL

Fortalezas

Como principal fortaleza se percibe la permeabilización de la cultura clínica al resto de los colectivos. En ella la enfermedad mental atiende a un patrón de formulación biopsicosocial. Eso permite ver muchas de las conductas a la luz del padecimiento psiquiátrico: *"Existe el consenso incluso donde más desacuerdo suele haber, que es entre vigilancia y tratamiento. E incluso tú hablas con un funcionario de vigilancia y la idea que te transmite es '¿Qué hace este tío aquí dentro? No tiene que estar aquí'. Y yo creo que colaboración también, porque muchas veces los funcionarios te comentan cosas de estos internos y quizá de otros no te informan tan a diario. Enseguida te dan el toque. Y los propios compañeros de reclusión también, con el tema de los internos de apoyo que se está extendiendo mucho. Tienen cuidado entre ellos y cierta manga ancha. Depende del ambiente del módulo y de muchas cosas, pero en general también están desarrollando esa tolerancia a las conductas". "Vamos a ver. El administrado nuestro que tiene una enfermedad mental tiene dos problemas: uno, que tiene una enfermedad mental y, dos, que además ha hecho algo contra Ley"*.

Esta consideración como enfermedad, alejada de prejuicios y consideraciones estigmatizantes, no se extiende a las adicciones a sustancias pero, al menos se han dejado de ver a las mismas desde un prisma moral: *"Yo creo que considerar al toxicómano como un vicioso y tal… yo creo que eso ya ha pasado a la historia…". "Yo creo que no* (es una enfermedad mental)*. Otra cosa es que sirva de acelerante a algún problema mental que tú ya tengas, pero de momento, que yo sepa, un toxicómano es un enfermo, pero no un enfermo mental"*.

El trabajo psicológico sobre la responsabilidad personal en los delitos, independientemente de su situación de imputabilidad, es también un elemento del abordaje terapéutico, central en algunos casos: *"Es uno de los objetivos revisar la situación sobre los hechos cometidos de su conducta pasada, presente y futura. Es lo que se pretende: esa responsabilidad, integrando valores y consecuencias de sus actos y demás". "Sí, se aborda en la medida de las posibilidades de cada sujeto. Porque hay sujetos deficientes mentales, con una patología o con un deterioro cognitivo tal que no te lo van a entender. Entonces tampoco se entra en eso. Pero hay otros que cuando se les ajusta farmacológicamente están bien y se puede entrar a esto, ¿no?, y confrontarlo y decir 'bueno, esto ha sucedido y esto ha sucedido por algo'. A nivel terapéutico, a nivel psicológico sí que se trabaja"*.

La normalización del estatus del interno con enfermedad psiquiátrica y la valoración del mismo a partir de su capacidad de autonomía son fortalezas claras en línea con la desestigmatización de este colectivo: *"Por una parte, el tratamiento del interno es individualizado, cada uno tiene que tener aquello que precisa, pero también buscamos la normalización y la integración en el sistema general del centro. O sea, no tenemos a una persona porque tenga una anomalía de personalidad, trastorno de conducta y tal, ni en el celular, ni aislado, ni muchísimo menos". "Creo que en ese sentido es algo que se ha conseguido y muy bien. Desde la detección primera del primer funcionario de vigilancia hasta cada uno de los técnicos específicos que intervienen en todo el proceso". "El criterio para nosotros práctico es la autonomía personal. Cuando una persona no tiene, sobre todo de cara a plantear su proceso de reinmersión, cuando no tiene ninguna capacidad de autonomía personal, igual te da"*.

La salud mental se trata de un área de intervención, preventiva y terapéutica, en alza y con actitud reflexiva respecto a las consecuencias de su mala gestión: *"La salud mental o las enfermedades mentales son un problema de primer orden en la sociedad, y los que trabajamos en la institución nos hemos dado cuenta de que ese problema de primer orden se ha trasladado también a los centros penitenciarios, como no podía ser de otra manera, y nos preocupa. Tenemos una sensibilidad especial por ese tipo de enfermos y nos preocupa muchísimo, pero yo creo que, bueno, con los recursos que tenemos, estamos dando una salida lo más adecuada posible a estas personas, que no están desatendidas ni mucho menos. Que tienen atención psiquiátrica, que tienen atención de profesionales, educadores, trabajadores sociales, atención psicológica y que, bueno…, que quizá la pata más coja es… es esto que he comentado a última hora, ¿no?: la conexión con los recursos comunitarios, ¿no?".* **En esa misma línea se percibe la continuidad entre los movimientos sociales y los que se dan dentro de la institución penitenciaria**: *"En cualquier caso, la cárcel es un micro reflejo de lo que pasa en la sociedad, ¿no? Se tiene un problema de salud mental y bueno… no solo los delincuentes, la gente también tiene enfermedades mentales en la calle haciendo una vida cotidiana. El sistema de atención tiene un problema, pues también lo tenemos nosotros"*.

No hay una percepción extendida, sesgada o estigmatizante de los enfermos mentales como productores de problemas de orden regimental: *"No sé si estamos cayendo en el error de pensar o de focalizar mucho en que el enfermo mental da problemas regimentales. Habría que ver, dentro de los incidentes que tenemos en nuestros respectivos centros, en cuántos de ellos está implicado un enfermo mental. Porque yo soy el más joven de todos vosotros en la profesión, pero en 13 años no sé si lo podría contar con los dedos de…"*.

Debilidades

El espacio comunitario es visualizado desde la institución penitenciaria como un espacio de enfermedad, donde se gesta y donde se mantiene, además de ser un territorio de desapego que excluye al interno con enfermedad mental. Esta opinión está sustentada en la experiencia institucional en la que hay muchos parámetros que mejoran durante la estancia en el centro penitenciario: *"Les sacamos y de repente toda la atención que tenían, que era del 200%, de repente desaparece y ven al psiquiatra en el instituto de salud mental pues cada x tiempo, cuando les corresponda. También te queda la sensación muchas*

veces de que los recursos no les quieren y yo esa sensación la tengo desde hace mucho tiempo, no tanto a lo mejor con…, bueno, con trastorno psicótico, incluso con el trastorno mental grave bien…, pero también con el trastorno de personalidad. Claro, es un paciente que genera problemas, genera problemas… y aparte tiene, por ejemplo, también una toxicomanía. Le derivas a una comunidad terapéutica –'ya, claro, pero es que este paciente… es que tiene problemas', 'es que es raro, es que tal'–. No, no es raro, es que tiene un trastorno de personalidad, una patología mental que también tiene que ser abordada aparte de su toxicomanía, ¿no? Y nosotros tenemos la sensación esa: de que no se les quiere, de que nadie les quiere. Entonces tenemos, insisto, serias dificultades de inserción de este tipo de sujetos". "Tú tienes una persona que podría salir al exterior porque hay varias figuras legales que lo permiten: en libertad condicional, trastorno mental sobrevenido, tercer grado incluso. Pero no sale porque fuera no tiene plaza. Y el recurso externo no le asigna la plaza porque está en la cárcel y como está en la cárcel, sabe que no puede ir. A veces te dan ganas de decir 'Muy bien, yo lo pongo en libertad, te lo pongo en la puerta. Aquí tiene usted un ciudadano vasco libre con una enfermedad mental. Haga usted el tratamiento. No me diga ya que es que está en la cárcel y le tengo que atender yo'".

Frente a esa situación de desamparo hay una fuerte tendencia paternalista e institucionalizadora en la gestión del interno con enfermedad mental: *"Si con alguno tiene más simpatía, pues suele hacer un poquito ese médico las labores de 'médico-padre'". "Vuelven a las andadas. Sus problemas mentales pues se agudizan, porque la medicación, si están preocupados por tomar droga, pues la abandonan, no la toman. Mezclan otra vez a consumir de manera más compulsiva y a su bola. Están en la calle, no duermen las horas, no comen en condiciones, vienen demacrados, vienen chupados, delgados, vienen hechos un asquito. Al cabo de un mes no hay quien les conozca. De estar aquí. Y es curioso. Muchas veces hablamos de la mala prensa que durante muchísimos años han tenido las instituciones penitenciarias, ¿no? Y es curioso que… Pues sería bueno que la gente lo viera". "Nosotros contamos con la debilidad respecto a la salud mental. Lógicamente con la debilidad que puede tener la salud mental en el entorno comunitario, que la tiene. Cuando aprietas, pues te pueden ayudar con un caso, te lo pueden pasar a media instancia y de alguna manera cuidarle un tiempo más allá, porque lo necesita. Si no, desde luego si se le pone ahí en la puerta y ya sabe cuidarse solo, pues estupendamente, está curado, ¿no? Pero la mayoría de los casos no suele ser así"*.

Esta visión del espacio comunitario también se formula como una fortaleza y se configura como una idea fuerza, con base en el mismo discurso grupal. La solución institucional (centro penitenciario, hospital…) aparece como orgánica, sólida y eficaz en la gestión de la asistencia frente a la cualidad inorgánica y en red de los recursos comunitarios. Se evidencia un mejor nivel de seguimiento y con respecto a unos parámetros sólidos (menos sintomatología psiquiátrica, mejor estado físico…).

Persisten algunos elementos estigmatizantes antiguos en el discurso institucional, aunque tratados desde la compasión y no desde la exclusión, sobre todo aquellos que hacen mención a las discapacidades intelectuales y a las adicciones a sustancias: *"Hay otra cosa que hoy en día, yo no sé mis compañeros lo que dirán, pero yo estoy, estamos empezando a ver lo que antiguamente llamábamos 'bobos'; o sea, gente con un coeficiente intelectual muy bajo". "Yo sí he notado en los últimos años que cada vez está entrando más gente, y ya digo que soy lego en la materia, gente extraña, rara, que intuyes que no está bien"*.

También está presente el doble estigma, sobre todo en las relaciones con el exterior, que une al padecimiento de una enfermedad mental la condición de persona con antecedentes penales: *"Una, que en cuanto hay una patología mental ya es un obstáculo. Es que una de las cosas que te piden es 'que no presente problemas para la convivencia y no sé qué, no sé cuánto'. Y entonces ya sí hay un diagnóstico de patología, ya es un problema. Y luego otro para mí es, en la derivación de los pacientes nuestros a la red de salud mental, en el tema de toxicomanías o en el tema de tratamiento, que hay dificultades en asumir esos casos en los centros de salud mental. Hay reticencias". "Yo creo que es un conjunto de cosas, no solo la enfermedad mental. También van las enfermedades incurables muchas veces de enfermos muy graves que tienen también patología mental, que si no tuviera patología mental probablemente le acogían en su casa"*.

Esta situación, fruto de los prejuicios y el desconocimiento, parece que marca el tono de la coordinación interinstitucional: *"Percibo que las personas que trabajan en los psiquiátricos, en los centros de salud mental, culturalmente han desarrollado la cultura de la patata caliente; o sea, tú lo que me estás pasando es un marrón. Así es como te suelen hablar. Suelen obviar el tema psiquiátrico, de enfermedad mental y hacen más hincapié en los otros problemas sociales ('En realidad no me estás derivando un enfermo, me estas derivando un delincuente profesional, reincidente, toxicómano'). Y es verdad que es un delincuente toxicómano, no sé si profesional, pero sí reincidente, pero además tiene un problema de trastorno mental y habrá que tratarlo de manera multidisciplinar o como quieras llamarlo. Y esa cultura existe siempre. Es que los centros psiquiátricos no… Nosotros decimos que este tío no tiene que estar en prisión porque es un enfermo mental y ellos dicen que este tío no tiene que estar en un psiquiátrico porque es un delincuente"*.

La sensación de invisibilidad y de falta de reconocimiento de la labor que se hace, en la asistencia psiquiátrica, es un elemento que aparece sistemáticamente: *"Lo gordo es que luego encima tenemos, solemos tener mala prensa. No, señor, en la cárcel se les trata. Tanto médicamente como psiquiátricamente se les trata bastante bien. Hay internos que salen en buenas condiciones dentro de lo que cabe y vuelven a entrar y es que parece que ha pasado… en vez de 6 meses parece que han sido 6 años. Sí, de deteriorado que vuelve". "Esa sensación de que no somos visibles. A nosotros, como profesionales, en este caso en salud mental, porque yo creo que lo somos, no somos especialistas porque no tenemos la formación en ella, pero estamos trabajando con ellos y nos hemos tenido que formar a marchas forzadas. Y no somos visibles en ningún sitio. Y eso es lo que te queda ahí: la sensación de decir 'bueno, aquí se hace mucho trabajo pero no… no se sabe'"*.

ÁREA ORGANIZACIONAL

Fortalezas

Se percibe una progresión en la coordinación con los servicios de salud mental de Osakidetza, aunque muy relacionado con el conocimiento interno e informal: *"Cuando hemos tenido un psiquiatra consultor determinado hemos funcionado como la seda. Ahora funcionamos como la seda, entre medias no hemos funcionado tanto. 'Oye, es que yo creo que este tendrías que ingresarlo, tal…'. 'No te preocupes. Busco una cama. En 48 horas te lo tengo ingresado'. Eso funciona mucho, pero también es mucho de persona a persona. Por eso lo que os decía yo antes del coloquio: te ven, nos ven, nos conoces, hablas conmigo, nos tomamos algo y ese rollete al final siempre va a mejor"*.

Existe una saludable curiosidad y expectativas respecto a los otros colectivos profesionales, como contrapeso a las tensiones también existentes: *"Me gustará mucho en ese grupo que vais a hacer con funcionarios, con jefes de servicio y tal… A ver qué conclusiones sacáis de allí. Luego también hay, como entre nosotros también, hay médicos y médicos, psicólogos y psicólogos, y hay funcionarios y funcionarios y de todo, ¿no? Gente que tiene más y menos mano izquierda. Hay gente que tira por la calle del medio…"*.

El diagnóstico psiquiátrico en un elemento de información interna que influye positivamente: *"A veces cuesta tener un diagnóstico. Cuando lo tienes sí que te enteras, perfectamente. En el protocolo hay además relación con los servicios médicos. Pero las personas con menor acceso a los recursos sociales o… Cuesta tener un diagnóstico, sobre todo cuando además no está claro un trastorno inespecífico. Pero cuando el diagnostico existe, sí que tenemos acceso y no hay problema". "Yo creo que a veces permite entender las conductas que tienen o las dificultades que tienen. El hecho de saber que es una persona que está diagnosticada o que es una persona que está atendida en la red de salud mental a veces facilita. Y sobre todo hablo quizá del personal que trabaja en vigilancia. Saber que esta persona va a tener ciertas dificultades en algunos momentos y entender de dónde le viene"*.

La utilización de los recursos sanitarios públicos (hospitalarios y ambulatorios) en el caso del cumplimiento de medidas de seguridad es una fortaleza sólida y también términos comparativos con nuestro entorno: *"Nosotros actualmente no tenemos ni un solo caso de medida de seguridad cumpliendo en prisión". "Hombre, yo creo que aquí es debido a la gran cantidad de recursos externos que hay, cosa que a lo mejor en otras comunidades no hay tanto"*.

Se reconocen mejoras que facilitan algunas cuestiones de la ejecución penal: *"Vale, en ese sentido fue por ejemplo cuando se modificó la Ley, en el sentido de que el trastorno mental sobrevenido lo apreciará el juez de vigilancia y no el sentenciador. Mejoró muchísimo"*.

Se percibe a la familia como un aliado de la institución penitenciaria, como siempre frente al tejido comunitario sin límites: *"Sin embargo, el que te entra, lo que dices, con la familia sabe la medicación, le dice un informe médico a… Trae un informe médico de lo que está tomando…, sigue normalmente tomando la medicación y esa puede ser una persona normal". "Los ingresos voluntarios, por ejemplo, que traen los padres o demás, a efectos internos, es una sensación a la familia de alivio. Eso lo primero. Y la segunda de, a ver, es la última esperanza de que esta persona pueda hacer una vida con normalidad"*.

Debilidades

Dentro del espacio de comunicación interinstitucional, la falta de coordinación jurídico-forense-penitenciaria aparece como un problema de primer orden y con muchas facetas que van desde las propias limitaciones del procedimiento jurídico (presunción de inocencia) en la prisión preventiva que influye en el conocimiento previo del diagnóstico: *"Es verdad que te viene a veces ni siquiera un relato de los hechos que, presuntamente o supuestamente, le llevan a prisión. Te viene simplemente una precalificación jurídica. Está por homicidio, o por genocidio, o por accidente de coche. No lo sabes y es la observación directa lo que te permite llegar a alguna conclusión".* **A la existencia de falta de información en procedimientos judiciales problemáticos**: *"Acabamos también detectando casos de internos condenados en sentencia firme en los que nos sorprende que en la sentencia no hay ni una sola referencia a su patología mental". "Lo más triste es que en el sumario de esa persona, a lo mejor enterrado en una caja en algún juzgado, hay un informe forense en el que le han pasado todo tipo de pruebas psicométricas de no sé qué, no sé cuántos, y ahí está enterrado. Porque a nosotros nos llega solo el final de todo ese proceso, la sentencia. Pero todo lo que hay… Te da envidia a veces cuando te llega un penado a cumplir de otro país, incluso a veces de países que se supone son menos… y te llega la información"*.

En el mismo orden jurídico aparecen como problemas técnicos la colisión de determinadas prácticas legales con el interés de los internos con enfermedad mental, sobre todo si esta es grave, en cuestiones como las figuras de transición a la libertad en caso de enfermedad mental grave: *"Echamos de menos instancias de control en semilibertad y libertad para este tipo de personas. En general para todos los internos, pero muy especialmente para este tipo de personas con trastornos".* **O en el orden de cumplimiento de las distintas ejecutorias***: "Y el orden de cumplimiento de las distintas figuras. Que siempre existe debate sobre si primero la medida y luego volver a la cárcel, lo cual puede ser una involución total". "El legislador, cuando ha regulado la ejecución penal en general y concretamente este tema, siempre está pensando en una única condena, sí. La imaginación, lo que tiene en la cabeza es una condena. Nunca tiene en cuenta la situación más habitual que es la pluripenalidad, por decirlo así"*.

Este tipo de cuestiones de procedimiento jurídico son especialmente sangrantes en los casos de menores tutelados referidos a recursos de emancipación: *"Si un chaval cumple aquí la mayoría de edad en reforma, ya el propio protocolo de entrada en Bizkaia te impide que el chaval entre en un recurso de emancipación. El propio protocolo ya dice que no entra. En Álava, donde la emancipación funciona de aquella manera, quiero decir, que tampoco hay muchos proyectos. En Gipuzkoa es donde más hemos tenido salidas o posibilidades de itinerarios. Es que también*

Vista anterior

hay más recursos. En Bizkaia está mucho más protocolizado todo, entonces la forma de entrada está mucho más limitada. Mucha gente dice: 'Se acabó. 18 años. Fuera. Y encima con mochila cargadita. Fuera...'".

En este estudio, realizado antes de la trasferencia de las competencias, se recoge la impresión de que **la coordinación sanitaria externa no tiene una estructura formal, lo que lleva a situaciones de incomodidad o fricción**: *"La colaboración con Osakidetza tiene que estar basada, bueno, pues en la mutua confianza y en... pues decir 'todo lo que va bien aquí luego también irá bien cuando salgan fuera'. Quiero decir que no es una cuestión de generosidad ni… Es una cuestión de alianza y de mutuo interés que debemos tener, ¿no? Pero bueno…". "Muchas veces, lo que decimos, tienes la sensación de que estás pidiendo un favor, que estás pidiendo sopitas".* **Se hace patente la necesidad de progresar en la formalización de alianzas y estructuras de comunicación más estables**: *"Habrá que trabajar en el futuro mucho en el campo de la comunicación entre salud mental, Osakidetza y la institución penitenciaria. Mejorar la comunicación, establecer contactos y vencer un poquitín esa resistencia, esa reticencia que hay hacia la institución penitenciaria, ¿no? ¿Qué nos mandan estos?"*.

La tensión entre los colectivos también es uno de los elementos que aparece de forma muy frecuente, desde diferentes visiones coincidentes con los intereses particulares del grupo y que evidencia un consenso no totalmente construido respecto a la persona con enfermedad mental: *"El conflicto de interés. Aquí hay una cosa fundamental que es el principio de autoridad y el mantenimiento de un orden regimental. Cuando un interno, sea enfermo mental o no, agrede a un funcionario, independientemente de quién haya realizado esa agresión, la conducta en sí solo puede tener una respuesta. Entonces, claro, en esa situación el enfermo mental está un poco más… No sé cómo decirlo, ¿no? Un poco más… perjudicado no. No sé cómo decirlo, pero bueno, que a lo mejor está en desventaja con otro interno". "Aquí se dan un poco las mismas situaciones que en la prisión con los de régimen, con los funcionarios de interior y los de tratamiento. Los buenos, los malos, etc. Pues aquí también al principio era un poco eso, ¿no? Pues nosotros somos los educadores (guays), somos los que bajamos de traje y los guays. Y los otros son los que tienen que dar hostias. Entonces los buenos y los malos, los guays. Y al principio había mucha distancia. Vamos, que hace 6 años no se hablaban (se ponían denuncias mutuas, bueno, un desastre). Y entonces, bueno, tuvimos que explicarles a todos, a las dos partes, que todos éramos necesarios, que cada uno tiene su función, que somos complementarios…". "Es que los intereses de los colectivos en una prisión muchas veces son como el agua y el vino"*.

Se detecta también una falta de coordinación de colectivos, sin presencia reglada de espacios de confluencia (reuniones…): *"Yo creo que a veces está bien hacer así, una reunión, yo que sé, para tratar… aunque sea 20 internos. Los 20 últimos ingresos que ha habido, yo que sé… un mes o lo que sea. Los ves. Decir '¿este cómo está, qué tratamiento tiene, creéis que tiene algo?' Nosotros no hacemos. Como tienes tanto, pues al final no te da tiempo a hablar de los internos. En plan así, como multidisciplinar, ¿eh?". "Yo creo que en general es mala* (la coordinación)*. En general es mala. Se basa, desde mi punto de vista, ¿eh?, se basa sobre todo en las relaciones personales. Muchas veces, él o tal, nos enteramos de cosas por la relación personal que tienes con el médico, con el psicólogo y que en un determinado momento haces un comentario y dices 'esto, aquello' y te cambia la historia". "Yo pienso que la información debe ser, pues como tú decías, bidireccional, no solamente en un sentido"*.

Un hándicap en el establecimiento de una coordinación más fluida es la carga de trabajo que aparece como excesiva: *"Es una debilidad por la ausencia de recursos materiales y humanos, y por la brutal carga de trabajo que tenemos todos. Al final no tienes ese tiempo para poder reunirte y hacer este intercambio de información, porque las veces que nos reunimos es 'venga, a todo correr', para sacarlo adelante, ¿no?, y ese es el problema, ¿no?"*.

A nivel de usuario hay una valoración escasa de la atención psiquiátrica y sobre todo de las condiciones del ingreso: *"Yo es que las demás no controlo bien, pero en esta cárcel se da mucha medicación. Aquí se arreglan mucho las cosas con la medicación. Yo veo. Es un sobre que se da diario. Además se da sin control, porque en otras cárceles igual te lo tienes que tomar delante de ellos, ¿no?, la medicación que te dan. Pero aquí se dan sobres y hay gente que es una sobrada. Abren el sobre y 15 pirulas, 20 pirulas, 30". "Yo veo mucha gente que dirigen de la calle al módulo 5* (el módulo de ingresos)*, porque claro… y están hechos polvo. Hay una puerta de seguridad que se llama cangrejo. A mí me dicen muchas veces: '¿En el módulo existe esta celda?' No, en el módulo son celdas mejores. Encima que vienen mal, encima ven la celda del módulo 5. Aún se hunden más. Aparte de la puerta normal, hay la puerta de seguridad* (…) *Todas esas muy viejas* (…) *En cualquier sitio vas a estar mejor, son mejores celdas… Ahí se hunden más. A mí me ha tocado muchas veces…"*.

4.8. Ideas fuerza o núcleos de significado

Los distintos discursos de los grupos focales, en torno al objeto de investigación, cuajan un discurso articulado en torno a ideas fuerza que sustentan los aspectos cualitativamente relevantes por su frecuencia e intensidad. Este discurso, producto del consenso y del disenso, se sintetiza en los siguientes núcleos de significado:

- La salud/enfermedad mental es un problema de primer orden dentro de la institución penitenciaria por su frecuencia, por los recursos destinados y por la intensidad de los problemas que derivan de su gestión.
- La cultura clínica y el modelo biopsicosocial sustentan, en todos los colectivos, la comprensión de la enfermedad mental.
- El medio comunitario es percibido desde la institución penitenciaria como hostil y excluyente para el interno con enfermedad mental.
- Las soluciones institucionales (centro penitenciario) se perciben como más seguras y avalan una mejoría contrastable en el caso del interno con enfermedad mental,

aportando recursos humanos profesionales y un plan individualizado de intervención terapéutico, rehabilitador, psicológico y farmacológico.

- Los elementos éticos de beneficencia y justicia priman sobre los de autonomía, dando un estilo de atención vinculado, cercano y paternalista.
- La coordinación interinstitucional (justicia, sanidad, acción social…) es deficitaria en forma y fondo.
- Los niveles de coordinación informal son operativos y gran parte de la coordinación se resuelve en torno a esos niveles.
- La falta de coordinación e información tiene una influencia determinante, tanto a nivel jurídico como clínico, en el pronóstico clínico del interno y en su capacidad de ejercitar los derechos legales que le asisten.
- En el caso de menores, sobre todo en proceso de emancipación, se pueden dar figuras de desprotección amparadas en los procesos administrativos poco flexibles.
- La cobertura de soporte sanitario público para el cumplimiento de medidas de seguridad es buena.
- Hay una estratificación, en gravedad y en prioridades asistenciales, de los trastornos mentales como trastorno mental grave (máxima atención y prioridad) y trastorno mental común (máxima complejidad y prioridad media).
- Los trastornos de la personalidad no cuentan, por su complejidad, con un consenso clínico e institucional.
- Las adicciones a sustancias se perciben alejadas del estereotipo moral, pero también de la consideración de enfermedad mental.
- El alcohol aparece como sustancia asociada a nuevos delitos y situaciones clínicas.
- Los diagnósticos múltiples que aúnan varias situaciones clínicas en una misma persona (trastorno mental, discapacidad intelectual, adicción a sustancias…) son un emergente clínico de primer orden, con un nuevo perfil de paciente que necesita de formación y recursos específicos.
- La doble estigmatización del interno con enfermedad mental se percibe en la relación con el medio comunitario.
- Existe una intención proactiva de normalización e integración de la persona con enfermedad mental dentro de los centros penitenciarios, articulada en torno a su capacidad y nivel de autonomía/dependencia.
- Existe un alto grado de implicación en el rol de ayuda a la persona interna con enfermedad mental en todos los colectivos, desde la comprensión de su situación como enferma y desde el posicionamiento de posible agente terapéutico y normalizador.
- La formación en materia de salud mental debe ser una prioridad en los currículos profesionales.
- Las tensiones intrainstitucionales son patentes en la relación de los distintos colectivos profesionales. Aunque existe un consenso teórico, deben habilitarse espacios de confluencia sobre la labor diaria para permitir su coordinación.
- El trabajo terapéutico con la responsabilidad del interno con enfermedad mental, independientemente de su situación de imputabilidad, es un elemento de rehabilitación presente en todos los centros.
- Existe una sensación de agravio en torno al estigma que poseen las instituciones penitenciarias como espacios de castigo y no de rehabilitación. Esta sensación desemboca en otra de poco aprecio profesional e invisibilidad de la labor realizada, tanto por parte de otros profesionales como por parte de la sociedad.
- Se registra una clara preocupación por la situación de la persona presa tras la excarcelación.

Los centros penitenciarios en la CAPV, a pesar de las condiciones herméticas y especiales de la configuración de su trabajo y del objeto del mismo, no son ajenos a los ritmos y cambios sociales que aparecen en el espacio penitenciario, en una proporción e intensidad particular, pero con el mismo sesgo cualitativo. Así mismo, la evolución del pensamiento social y profesional de los distintos grupos recoge esa deriva social hacia un pensamiento más comprensivo y menos estigmatizante respecto al fenómeno de la enfermedad mental, seguramente por un conocimiento exhaustivo y en ese sentido privilegiado, producto del trato cotidiano y cercano con el interno con enfermedad mental.

Las conclusiones participan de algunos elementos comunes fruto del aislamiento y la incomprensión social: la estigmatización del preso y del profesional que trata con él, la mitificación negativa de la realidad penitenciaria…, pero también abunda en elementos importantes como la actualización de los profesionales, la elaboración de los roles profesionales respecto a los internos en general y a los enfermos mentales en particular, la normalización como política asistencial y regimental… La presencia de la enfermedad mental en el día a día se resuelve en el discurso institucional a través de dos elementos omnipresentes y fundamentales:

- La mejoría del enfermo en un medio institucional controlado y cerrado.
- La percepción de hostilidad del medio comunitario, que se plasma en gran cantidad de aspectos:
  - Falta de coordinación con los medios asistenciales públicos.
  - Lentitud o incomunicación con los medios jurídicos.
  - Reticencias inexplicables en la cobertura de las personas, que ocultan una situación de estigmatización institucional…

Estas dos realidades determinan en la institución un estilo beneficiente y paternalista, que puede actuar de formas diversas y en ocasiones contradictorias. Por ello, la labor por hacer que más destaca en este terreno fresco, rico y lleno de matices es seguramente la de abrir la institución al exterior y avanzar en la coordinación con la sociedad y sus instituciones.

Vista anterior

5. Segunda fase del estudio de campo

Esta segunda fase del estudio se elaboró para incorporar la valoración de la nueva situación creada en la materia, como consecuencia de la transferencia de las competencias en materia de sanidad penitenciaria al Gobierno Vasco y con el impulso del PAIEM por parte de Instituciones Penitenciarias.

Dado que el análisis de la incidencia que dichas modificaciones iban a tener en la materia requería de un tiempo de contraste y perspectiva, esta segunda fase del estudio se desarrolló entre los meses de septiembre y diciembre de 2013.

5.1. Descripción de la herramienta: entrevista

En esta segunda fase del estudio se continuó con la metodología cualitativa, evitando la cuantificación y realizando registros narrativos de los fenómenos que son estudiados con el propósito de explicar y obtener un conocimiento específico a través de datos explicativos. Se realizó una recopilación de la información, trabajando las cualidades del objetivo, sin atender a medir lo cuantitativo, las cantidades.

Sin embargo, en este segundo momento de la investigación el instrumento cardinal que se utilizó fue la entrevista. Por medio de ella se puede recoger información clara y específica acerca de las vivencias personales de los agentes implicados, su trabajo diario y sus disertaciones sobre la realidad de la atención sociosanitaria de la salud mental de las personas privadas de libertad en Euskadi.

La entrevista puede ser considerada como el más antiguo método de obtención de información acerca del hombre en todos sus contextos, porque se basa en una antigua capacidad y adquisición evolutiva humana: el lenguaje. Entendemos la entrevista como técnica, como forma científica de acercamiento a una persona, a su narrativa, con el fin de obtener de ella determinada información, de acuerdo con elementos preestablecidos.

A continuación presentamos las etapas de esta segunda fase del estudio cualitativo que hemos realizado:

Etapa 1: DISEÑO de la metodología cualitativa fundamentado en identificar variables de estudio y elaborar un guion de entrevista.

Esta fase está dedicada a marcar aquellas cuestiones que cimientan este estudio y constituyen variables esenciales para conocer la atención de la salud mental en las prisiones de la CAPV. Es por ello que las cuestiones sobre las que estriba esta recogida de información son:

a) El protocolo de atención a las personas con enfermedad mental que se encuentran en prisión.
b) Las modificaciones que se han detectado en la atención sanitaria tras la transferencia de competencias a Osakidetza en 2011.
c) Conocer el grado de aplicación del Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios (PAIEM) de Instituciones Penitenciarias.
d) Necesidades y propuestas que realizan los profesionales que atienden a las personas presas dentro de la salud mental.

Una vez señaladas las cuestiones sobre las que realizar el estudio, se elaboró el guion de entrevista (anexo) que se siguió por parte de cada equipo de investigación, unificando la metodología de trabajo.

Etapa 2: DESARROLLO de la metodología. Esta fase consistió en la realización de entrevistas semiestructuradas. Este tipo de entrevistas es el más común y se caracteriza por no seguir al pie de la letra la secuencia de preguntas. Sin embargo, cuenta con un esquema que ordena y centra el diálogo y la recogida de información.

Se planteó que las entrevistas alcanzaran a toda la CAPV y por ello se solicitó al Ministerio del Interior la autorización para la participación de los tres centros penitenciarios ubicados en cada territorio histórico: Centro Penitenciario de Basauri (Bizkaia), Centro Penitenciario de Martutene (Gipuzkoa) y Centro Penitenciario de Zaballa (Araba/Álava). Dada la estructura de funcionamiento de las prisiones, se identificaron cuatro colectivos con los que realizar la recogida de información:

i. Equipo técnico de cada centro penitenciario.
ii. Jefes de unidades de atención primaria (en adelante, JUAP).
iii. Psiquiatras consultores de cada centro penitenciario.
iv. Equipos de intervención en toxicomanías de cada centro penitenciario.

La denegación de la autorización por parte de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias para realizar los encuentros con los equipos técnicos de los centros penitenciarios de Martutene y Araba/Álava ha imposibilitado un estudio más amplio, que recoja una visión de los profesionales que trabajan en la prisión. Sí hemos contado con la participación del equipo técnico del Centro Penitenciario de Basauri (Bizkaia).

El equipo de trabajo fue constituido por dos entrevistadores, con el fin de extraer la máxima información narrativa de cada agente entrevistado, y un equipo de cuatro personas encargadas de analizar y sistematizar la información recogida en esta segunda fase del estudio.

Seguidamente se especifican las entrevistas realizadas por centro penitenciario y colectivo profesional. A cada persona entrevistada se le aseguró la confidencialidad y anonimato de sus aportaciones como soporte al procedimiento de investigación empleado.

Centro Penitenciario de Basauri (5 entrevistas):

- Equipo tratamiento (subdirectora de Tratamiento, trabajadora social, psicóloga).
- JUAP.
- Psiquiatra consultora.
- Psiquiatra de Osakidetza encargada de la atención a las personas con trastorno por uso de sustancias.

Vista anterior

Centro Penitenciario de Zaballa (4 entrevistas):

- JUAP.
- Médico que participa en el PAIEM.
- Psiquiatra consultor.
- Equipo de Intervención en Toxicomanías Luz-Gizen.

Centro Penitenciario de Martutene (1 entrevista):

- JUAP.
- Psiquiatra consultora.

Las diez entrevistas semiestructuradas permitieron:

- Obtener datos detallados acerca de cada una de las variables de estudio.
- Ahondar en ciertos temas de importancia que iban surgiendo de la narrativa de cada profesional entrevistado.
- Obtener percepciones específicas de cada grupo de profesionales implicados en la atención de personas con enfermedad mental privadas de libertad.
- Explorar las relaciones sociales y describir la realidad tal y como la experimentan sus correspondientes profesionales.
- Acercarse de manera individual a cada colectivo profesional involucrado en la atención a las personas presas con enfermedad mental en el País Vasco.

Etapa 3: ANÁLISIS de la información obtenida. El proceso de examen de los datos constó de dos momentos. Uno inicial, por el equipo de entrevistadores que habían realizado la entrevista, con la trascripción de cada instrumento narrativo y su consiguiente trabajo de discusión y debate con el resto del equipo encargado de la elaboración de este informe. Un proceso de análisis posterior para extraer núcleos significativos compartidos, repetidos, con el fin de conformar preocupaciones relevantes de lo que se hace y se debería hacer en la atención de personas con enfermedad mental privadas de libertad.

5.2. Análisis

Esta segunda fase del estudio, con el análisis de las entrevistas realizadas a los profesionales directamente implicados en la atención a la salud mental en el medio penitenciario, nos posibilitó complementar los datos arrojados por la primera fase, lo que unido a la valoración de las aportaciones de las entidades sociales que desarrollan programas de intervención con el colectivo, ha permitido extraer, como resultado de toda la investigación, las conclusiones que se detallan en el apartado décimo de este estudio.

Aportaciones
de las ONG intervinientes en los centros penitenciarios de la CAPV

capítulo VIII

Vista anterior

Capítulo VIII

Aportaciones de las ONG intervinientes en los centros penitenciarios de la CAPV

Para conocer la percepción que las entidades sociales que intervienen en el medio penitenciario o con personas que padecen enfermedad mental tienen sobre la atención sociosanitaria de este colectivo, se realizó con ellas un estudio en el año 2011, el cual ha sido posteriormente actualizado en el año 2013, con el fin de valorar los importantes cambios habidos desde entonces, con la trasferencia de competencias en la materia y con el desarrollo del PAIEM.

1. Aportaciones recogidas en el año 2011

METODOLOGÍA DE RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN

Con el fin de conocer la opinión de las organizaciones civiles que intervienen en los centros penitenciarios de la CAPV, se elaboró un cuestionario con once preguntas, ocho de las cuales eran cerradas y dirigidas a conocer los fines y objetivos de cada entidad; el objetivo del proyecto en prisión; el centro penitenciario en el que interviene; el año de inicio de la intervención y el número de horas de intervención en los centros penitenciarios; el número de personas dedicadas a la misma y el número de personas atendidas.

Dichas cuestiones son relevantes para saber de qué tipo de entidades se trata, las características de su actividad en el medio penitenciario, su experiencia en el campo de la intervención con personas privadas de libertad y su inestimable aportación para valorar la atención que reciben sus usuarios y usuarias dentro de los centros penitenciarios. Las restantes eran abiertas y recogen los percepción de la entidad con respecto a la atención de las personas con enfermedad mental en los centros penitenciarios; si consideran que son bien atendidas y por qué; las necesidades que detectan para la atención de esos/as pacientes; y, por último, el criterio de la entidad sobre si el centro penitenciario debe o no tener unidades psiquiátricas o si debe ser la red pública la que cree unidades especiales, con sistemas de seguridad y personal de vigilancia, para las personas con enfermedad mental que cometan delitos y precisen un internamiento. Las aportaciones de las asociaciones resultan también relevantes para indicar los criterios y los itinerarios que se deben seguir para mejorar dicha atención.

Las entidades a las que se ha remitido el cuestionario son:

- **Entidades de Araba/Álava**: Comisión Anti-Sida de Álava, Salhaketa, ADAP y ASAFES.
- **Entidades de Bizkaia**: Salhaketa Bizkaia, Comisión Anti-Sida, Bizitegi, Goiztiri, Izangai, Fundación Gizakia, Fundación Etorkintza, Adsis Bestalde, Bidesari, Pastoral Penitenciaria, Zubietxe, Zubia, AVIFES, Susterra y Lagun-Artean.
- **Entidades de Gipuzkoa**: Cruz Roja, Fundación Izan, Loiola Etxea, Arrats y AGIFES.

RESULTADOS

De las 24 entidades a las que se ha remitido el cuestionario, han respondido un total de 15. Las que no han respondido ha sido o porque no tenían datos sobre el tema o porque consideraban irrelevantes los datos que podían aportar, y en dos casos no se ha podido concretar la razón para no responder. Se envió por mail una primera solicitud, se reenvió posteriormente un recordatorio y, por último, se contactó telefónicamente con las entidades que no habían respondido para reiterar la petición o para que renunciaran expresamente a responderla por los motivos anteriormente señalados.

El ámbito de actuación de las mismas es diverso. Por una parte, aquellas que realizan específicamente tratamiento de rehabilitación de drogas: Fundación Gizakia y Fundación Etorkintza en Bizkaia; Fundación Izan y Cruz Roja en Gipuzkoa; y Salhaketa de Bizkaia y de Araba/Álava, que realizan denuncias de las condiciones de vida en prisión. Por otra parte, están aquellas que hacen acompañamientos en procesos de rehabilitación, como Bidesari y Bestalde en Bizkaia; Loiola Etxea en Gipuzkoa; y la Comisión Anti-Sida y ADAP de Araba/Álava. De inserción sociolaboral y deportivo: Iresgi en Gipuzkoa y Zubiko en Bizkaia. Todas presentan largos años de experiencia en sus ámbitos de trabajo, desde las que se iniciaron en el año 1985, como la Fundación Izan en Gipuzkoa, o en el año 1987, como es el caso de la fundación Etorkintza y de la Fundación Gizakia, hasta la más joven en su intervención en prisión, que es la Cruz Roja de Gipuzkoa, que está desarrollando su proyecto en el Centro Penitenciario de Martutene desde hace cuatro años.

La entidad con mayor número de personas atendidas es IRESGI, que desarrolla sus actividades en el Centro Penitenciario de Martutene, con un total de 1.000 personas, siendo de suponer que al tratarse de actividades deportivas y socioculturales, participan la mayor parte de los internos. De ese total, 141 personas reciben tratamiento farmacológico por presentar diversas patologías mentales. Esta entidad desarrolla prácticamente toda su jornada laboral dentro del centro penitenciario (40 horas semanales, 6 días a la semana). El resto oscila en torno a las 200 atenciones anuales, 174 Etorkintza, 148 Fundación Gizakia, 137 Adsis Bestalde, 262 Bidesari, divididas en las distintas actividades: 207 en tratamiento de drogodependencias, 39 en inmigrantes y 16 en salidas programadas. 200 personas privadas de libertad están acogidas en sus diferentes recursos. Los voluntarios atienden a 400.

En cuanto a la pregunta referida al número de personas con patología mental atendidas, algunas entidades no cuentan con el dato porque no es relevante para la intervención que realizan, otras lo desconocen porque el centro penitenciario no lo aporta o no lo tiene, o finalmente, como manifiesta Bidesari[3], "*Determinar el número exacto de personas con alguna patología no es tarea fácil, por encontrarnos ante personas que están en un contexto* (la prisión) *potenciador de trastornos adaptativos, de trastornos del estado de ánimo, así como un espacio donde socialmente van a parar personas con trastornos mentales severos* (trastornos psicóticos)*, así como trastornos por uso de sustancias comórbidos con trastornos de la personalidad. Es por ello que cuantificar con exactitud es complicado. Eso sí, podemos afirmar que de las personas con las que desarrollamos nuestra intervención psicoeducativa, el 80% de ellas tienen una estructura de personalidad límite y en menor medida padecen un trastorno psicótico, siendo el espectro de las neurosis una realidad escasa en el colectivo que atendemos*". Salhaketa de Bizkaia sabe que "*De las 74 personas con las que mantiene un contacto de larga duración, 16 padecen patologías psiquátricas. Esto no implica que el resto, 193 personas atendidas en el 2010, no tengan ningún tipo de patología, sino que desconocemos este dato*" afirman.

La asociación Zubiko[4] conoce que del total de 107 personas atendidas, 18 hombres y 1 mujer presentan una patología diagnosticada. Etorkintza[5] sabe que del total de 174 personas atendidas en el año 2010, existen 9 casos de patología grave, aunque no especifica el tipo de trastorno. Loiola Etxea[6], de un total de 64, tiene 14 personas diagnosticadas. IRESGI[7] tiene contabilizadas 141 personas con tratamientos farmacológicos, entre los que se incluyen diversas patologías mentales. La Comisión Anti-Sida de Álava, de las 200 personas acogidas, tiene constancia de que 50 presentan trastornos diversos, incluyendo la atención a toxicomanías y alcoholismo. Se puede concluir, por tanto, que en todas las organizaciones civiles, sean de tratamiento de toxicomanías, de inserción laboral o de cualquier otro ámbito, tienen que atender a personas con diversos trastornos mentales.

Con respecto a la pregunta sobre la atención que reciben estas personas en prisión, existe una total unanimidad en todas las personas que han sido encuestadas. La respuesta es que NO reciben la atención precisa, como en el caso de la Comisión Ciudadana Anti-Sida de Álava[8], que afirma: *"…en prisión cumplen condena privativa de libertad un porcentaje muy elevado de personas con enfermedad mental (26,6% de los internos tienen recogido uno o varios diagnósticos psiquiátricos en su historia clínica y el 3,2% tienen antecedentes de ingreso en psiquiátricos previos al ingreso en prisión), que en atención a sus patologías y necesidades, no deberían estar en un centro penitenciario, sino asistidos y acogidos en recursos adecuados de la comunidad, con apoyos sociales y terapéuticos suficientes. Sin embargo, la carencia de recursos comunitarios de esta naturaleza es una realidad grave que necesita respuestas políticas, sociales, médicas y criminológicas. Como consecuencia, muchos internos e internas con enfermedad mental crónica y grave permanecen en prisión, hecho irrespetuoso con los principios constitucionales y de los derechos humanos".*

Salhaketa Araba[9] afirma que el psiquiatra de Osakidetza que acude al centro penitenciario no dispone del tiempo necesario ni de los medios materiales necesarios para atender a

[3] Anexo tercero, Bidesari.

[4] Anexo tercero, Zubiko.

[5] Anexo tercero, Etorkintza.

[6] Anexo tercero, Loiola Etxea.

[7] Anexo tercero, IRESGI.

[8] Anexo tercero, Comisión Anti-Sida de Álava.

[9] Anexo tercero, Salhaketa Araba.

todos los pacientes. La asociación ADAP, que atiende a mujeres presas, afirma: "*consideramos que no son atendidas o que, simplemente, son tratadas farmacológicamente, siendo el seguimiento individualizado y terapéutico muy escaso o nulo".*

ASAFES (Asociación de Enfermos y Familiares de Álava), aunque no tiene ningún programa de atención en los centros penitenciarios es conocedora de las condiciones adecuadas que debe tener toda persona con enfermedad y afirman: "*El tipo de atención no suele ser tan especifica como en un centro sanitario, desde luego, pero se añade a esta circunstancia que un entorno estresante o no seguro es un factor detonante de crisis y recaídas para personas con enfermedad mental grave. Esquizofrenia, trastorno bipolar y otros trastornos de la personalidad, además de una medicación bien administrada, necesitan de unas condiciones de vida que favorezcan el buen pronóstico de la enfermedad, condiciones que en prisión no son fáciles de mantener"*.

IRESGI[10] afirma que las personas con enfermedad mental son ante todo personas enfermas y como tal se las debiera tratar, pero en prisión son primero personas presas y ello condiciona su tratamiento. Hay un gran número de asociaciones que consideran escasa la atención individualizada y, a la par, consideran que existe un exceso en la dispensación de medicación, además de que no se da la toma supervisada de la misma, lo que produce un gran descontrol.

La asociación Bidesari afirma que muchas de las personas con enfermedad llegan a prisión como el último recurso, cuando han fracasado el resto de los recursos y ya no caben en ningún sitio. Entonces queda la prisión como espacio poco adecuado para la patología que padece, pero al que se recurre con el fin de contener a la persona. Ella va a estar mal, pero al menos no va a causar problemas fuera. Esta es la idea que preside el ingreso en prisión de muchas personas:

> *"El espacio donde llega la persona va a activar sus síntomas. La descompensación se va a manifestar en conductas disruptivas que en la prisión van a tener respuestas disciplinarias, no terapéuticas. La externalización de los síntomas lleva a sanciones, mientras que síntomas internalizados llevan a la personas a un estado depresivo-ansioso. Es por ello que las conductas autolíticas se multiplican y el riesgo de conductas suicidas también. La prisión no es el entorno más adecuado para las personas con patologías psiquiátricas. Se trata de un medio hostil, generador de estrés, de agresividad, en el que la convivencia no es sencilla, lo que dificulta la estabilidad de las personas enfermas*.
>
> *En un entorno como este, donde las herramientas terapéuticas escasean, donde lo educativo y tratamental esta relegado por la seguridad, por la disciplina, es casi imposible establecer alianzas terapéuticas, imposibilitando una atención terapéutica y educativa de calidad*"[11].

Resaltan además el problema de aquellas personas con enfermedad mental que llegan a prisión sin saber que la padecen, lo que de raíz impide una buena atención: *"Las valoraciones diagnósticas que se realizan en este medio son escasas y cuando existen están oscurecidas por la desconfianza, por el estado de hipervigilancia de la persona ante cualquier profesional que es visto como un 'juez', como alguien que va a dañar, imposibilitando valoraciones reales del estado mental de la persona e impidiendo que se dé una alianza terapéutica que facilite la adherencia al tratamiento posterior*". Por último, destacan, la falta de recursos humanos especializados necesarios para el tratamiento, opinión compartida por la mayor parte de las asociaciones.

Ante la pregunta de qué necesidades detectan las entidades para la atención de estos pacientes, subrayan la necesidad de contar con un buen diagnóstico que sea tenido en cuenta en la fase previa al ingreso en prisión. En caso de que ingresen en prisión, apuntan la importancia de contar con información actualizada de la persona, para proporcionarle una medicación y una atención acorde con sus necesidades; instalaciones adecuadas, actividades específicas y personal cualificado, no solo médico, sino también funcionarial; un seguimiento y control de la dispensación de la medicación y sobre todo la creación de recursos de acogida en la comunidad dirigidos a las personas presas con enfermedad mental.

Comentan en la Comisión Ciudadana Anti-Sida de Álava[12] que tras la apertura del nuevo centro penitenciario, con capacidad potencial para más de 100 reclusos, la situación se agravará porque no se ha previsto la creación de nuevos recursos de acogida en la comunidad, especialmente aquellos que deben dirigirse a la atención de los internos e internas con enfermedades físicas y mentales graves.

También se insiste en la necesidad de una mayor implicación en la preparación de la salida de prisión para evitar recaídas; posibilitar la tramitación del reconocimiento de la discapacidad desde el centro penitenciario, para que en el momento de la excarcelación cuenten ya con él; favorecer la figura de acompañantes para aquellas personas con enfermedad sin familia, que precisan acompañamiento para poder acudir a centros de día o actividades fuera de los centros penitenciarios.

La última cuestión planteada hacía referencia a la conveniencia o no de tener unidades psiquiátricas para el cumplimiento de las medidas de seguridad dentro de los centros penitenciarios o en la red de salud mental comunitaria. Siguiendo el criterio planteado por Salhaketa Bizkaia[13], ellos parten de la base de que la cárcel no es el espacio adecuado para tratar las enfermedades mentales y, por tanto, las personas con problemáticas mentales graves no deben ingresar y deben recibir tratamiento en unidades extrapenitenciarias que se adecuen a sus necesidades. No obstante, para aquellas personas con problemáticas menos graves, con independencia de que en momentos puntuales (brotes psicóticos, ausencias prolongadas, etc.) deban ser excarcelados para su tratamiento, mientras estén en prisión deberían contar con espacios diferenciados al del resto de las personas presas, en los que el tratamiento médico-psiquiátrico centrara

[10] Anexo tercero, IRESGI.

[11] Anexo tercero, Bidesari.

[12] Anexo tercero, Comisión Anti-Sida de Álava.

[13] Anexo tercero, Salhaketa Bizkaia.

la prioridad de su cumplimiento penitenciario en combinación con aquellos otros factores que los expertos en salud mental consideraran prioritarios para cada caso.

Proponen la creación de tres espacios diferenciados: primero, un espacio penitenciario estándar en el que no debería haber ninguna persona con enfermedad mental; segundo, un espacio donde se priorice el tratamiento sanitario de aquellas personas con problemáticas psicosanitarias leves (personas diagnosticadas y controladas con las terapias prescritas que puedan aplicarse en prisión, sin que esto suponga un agravamiento de su estado); y un tercer espacio fuera de la prisión para personas con afecciones graves o que presenten afecciones que se puedan agravar con la estancia en prisión, bien porque esta dificulte el tratamiento o porque el tratamiento y/o la enfermedad sean incompatibles con la privación de libertad.

Como norma, finalizan, cualquier enfermedad o proceso personal en el que la privación de libertad en un espacio penitenciario sea un agravante de la situación o presente incompatibilidades con el tratamiento debe conllevar una excarcelación terapéutica y un ingreso en un espacio adecuado al tratamiento de la patología que se trate.

Desde la Asociación Bidesari[14] apuntan el hecho de que la prisión como contexto, como escenario conductual solo va a agravar el deterioro de estas personas, los síntomas se van a multiplicar, abonando el terreno para la comorbilidad, para la aparición de nuevos síntomas y descompensaciones producto de la prisionización. Por ello, valoran que no es el espacio para crear unidades especializadas y hay que apostar por darles cabida en recursos comunitarios específicos.

Por tanto, se valora como prioritario disponer en la red comunitaria de unidades preparadas para el cumplimiento de las medidas de seguridad, ya que en la actualidad la red sanitaria tiene reticencias para el abordaje de los casos más graves por la falta de recursos adecuados, sobre todo en temas de seguridad del personal y de garantías en cuanto a la custodia de las y los pacientes más conflictivos.

A su vez, los operadores jurídicos desconfían de la adecuada ejecución de las mismas en el sistema sanitario por la falta de medios financieros, personales y materiales, que denotan un evidente desinterés por la ejecución de penas y medidas. Si en las penas de prisión la carencia de medios es una clara causa de vulneración de derechos fundamentales, en las medidas de seguridad privativas y no privativas de libertad la carencia de dotaciones materiales las hace muy difícilmente aplicables. Un sistema coherente y preventivo eficaz para la ejecución de medidas de seguridad dirigidas a personas con enfermedades o trastornos mentales o dependencias a drogas o alcohol favorecería la aplicación de las mismas por los juzgados y tribunales.

En general, todas las entidades se muestran partidarias de la atención de los enfermos mentales fuera del entorno penitenciario, como afirman en la Comisión Anti-Sida de Álava, ya que la legislación penal y la penitenciaria establecen amplias posibilidades para propiciar la excarcelación y la atención de las personas que cumplen una pena de prisión[15].

Si algo se puede concluir con cierta claridad es la posibilidad de que una persona con enfermedad mental pueda cumplir la condena de privación de libertad en régimen abierto, libertad condicional o en modalidades similares. Se trata un objetivo humanitario, de dignidad, acorde con la patología mental, con los requisitos de rehabilitación y reincorporación social del paciente, y compatible con las políticas criminales de prevención del delito.

2. Aportaciones recogidas en el año 2013

Desde el inicio de la elaboración de este informe sobre salud mental en los centros penitenciarios se ha producido una serie de cambios importantes en la atención de las personas con trastornos de salud mental y privadas de libertad. Por un lado, el Ministerio del Interior inició en el año 2009 el Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios (PAIEM), pero no ha sido hasta fechas muy recientes cuando se ha ido desarrollando de forma progresiva en los centros penitenciarios de la CAPV.

Por otro lado, en julio de 2011 se produjo la transferencia parcial de la sanidad penitenciaria a Osakidetza. Ambos procesos han podido influir de manera relevante en la atención de las personas con enfermedad mental y por esa razón se vio la necesidad de estudiar el impacto de ambos cambios en los centros penitenciarios, así como la incidencia de los mismos en las organizaciones civiles que intervienen en los centros penitenciaros de la CAPV.

Para ello, en octubre de 2013 se remitió una nueva encuesta a las entidades que desarrollan su intervención en el ámbito penitenciario que ya habían prestado su colaboración en el desarrollo de este estudio con sus aportaciones en la primera encuesta, realizada en el año 2011.

En esta ocasión, a las preguntas ya formuladas en 2011 se han añadido cuestiones centradas en el conocimiento que tienen sobre el PAIEM como programa específico para personas con enfermedad mental en prisión, y sobre el impacto que perciben en sus usuarios y usuarias desde que se produjo la transferencia parcial de la sanidad penitenciaria a Osakidetza, así como la valoración que hacen de la misma. Dicha encuesta se remitió a las siguientes entidades:

[14] Anexo tercero, Bidesari.

[15] Anexo tercero, Comisión Anti-Sida de Álava.

- **Entidades de Araba/Álava**: ADAP (Asociación de Ayuda al Preso), Comisión Anti-Sida de Álava y Salhaketa.
- **Entidades de Gipuzkoa:** Asociación Arrats, Cruz Roja, Fundación Izan, Loiola Etxea e IRESGI (Instituto Vasco de Inserción Social y Victimología).
- **Entidades de Bizkaia**: Fundación Adsis, Asociación Bidesari, Fundación Etorkintza, Fundación Gizakia, Salhaketa, Zubietxe y Asociación Zubiko.

De las preguntas relacionadas con el conocimiento que las entidades tienen del PAIEM sorprende, por un lado, el hecho de que las organizaciones civiles saben que existe el programa, pero casi ninguna tiene una información específica sobre su aplicación, sobre las personas que están incluidas en el mismo, ni sus objetivos. Por otro lado, hay un mayor conocimiento en las entidades de Gipuzkoa que en las de los otros territorios. Así, tanto la Cruz Roja como IRESGI[16] tienen personas incluidas en dicho programa y consideran que mejora la atención con una perspectiva transversal, integradora y multidisciplinar. Esta entidad también manifiesta que en el Centro Penitenciario de Martutene existe un curso específico para personas con enfermedad mental grave al que acuden algunos de sus usuarios y con menor afectación se incorporan a cursos normalizados.

Además, parece que la aplicación del programa se está circunscribiendo al ámbito de los centros penitenciarios, donde las y los profesionales que participan en su aplicación hacen mención a la mejoría que supone la coordinación entre diferentes profesionales que interactúan con la persona con enfermedad mental dentro de la prisión. No obstante, uno de los objetivos del PAIEM es el plan de reincorporación social, que pretende optimizar la incorporación social de las personas con enfermedad mental y la derivación adecuada a los recursos sociosanitarios comunitarios. Esa parte parece que no se está haciendo o al menos no en coordinación con las organizaciones civiles, ya que no ha habido una información clara del desarrollo del programa, de los pacientes incluidos en él o de los planes individualizados que se están desarrollando.

Otro aspecto importante y al que hacen mención la mayor parte de las organizaciones es que se siguen infravalorando los trastornos de personalidad. Las autoridades sanitarias calculan que el 80% de la población penitenciaria los padecen e incomprensiblemente no se incluyen en el PAIEM. Hay que tener en cuenta que en la psiquiatría, en general, el trastorno de la personalidad conlleva generalmente la etiqueta de intratable. Las personas aquejadas de estos trastornos son percibidas como manipuladoras, buscadoras de atención y molestas, no mentalmente enfermas, con capacidad de controlar sus conductas, refractarias al tratamiento y con mal pronóstico (E. Echeburúa y P. Corral), pero su comportamiento en la prisión es claramente disruptivo y generador de conflictos de forma permanente. Por tanto, parece razonable intentar volcarse en lograr un buen diagnóstico de estos pacientes y en buscar el tratamiento adecuado, en vez de ignorarlos y no verlos como enfermos sino como sujetos susceptibles de ser sancionados y, en última instancia, forzar los traslados a prisiones con un régimen más severo, donde prime la sanción frente a otras consideraciones de índole rehabilitador.

Otra cuestión que reiteran varias entidades es que la atención de las personas con enfermedad mental se centra mucho en el momento de la crisis y no se realiza un seguimiento continuado. Insisten en que hay que reforzar el marco psicoterapéutico, por entender que no es suficiente la medicación, y que hay que favorecer ese tipo de apoyo. Para ello sería necesario contar con más profesionales dentro de los centros, según algunos, y en otros casos se propone que lo idóneo sería posibilitar la excarcelación de los enfermos mentales a lugares adecuados, porque la prisión es en sí misma un medio hostil, generador de estrés y de agresividad, es un espacio generador de patologías psiquiátricas y, por tanto, hay que hacer lo posible para que la persona con enfermedad mental no permanezca en un ambiente opresivo y estresante que dificulte su estabilidad: *"Lo verdaderamente acuciante es realizar programas dirigidos hacia el exterior con una preparación previa de estos pacientes, para así encontrar la mayor adecuación entre el recurso comunitario y el perfil del paciente*". Es necesario adecuar el régimen sancionador al perfil de la persona presa, primando lo sanitario sobre lo regimental.

En general, a pesar del desconocimiento concreto de las repercusiones del PAIEM, sí se valora como positivo que exista un plan de intervención específico para las personas aquejadas de enfermedad mental. Consideran que el diseño del programa puede favorecer la mejora de estas personas, así como una mejor definición y diseño de itinerarios personalizados para la futura integración sociolaboral de la persona. Sin embargo, también se apuntan las dificultades que entraña su aplicación por diversas razones: los espacios físicos inadecuados y la falta de profesionales de salud mental; la carencia de actividades adecuadas para esta población; los diagnósticos que se realizan dentro de prisión en personas que no han tenido una atención previa en la comunidad y donde la enfermedad mental puede venir provocada por variables propias de la privación de libertad, como pueden ser trastornos adaptativos, trastornos del estado de ánimo, que es difícil valorar para una intervención futura.

Por lo que se refiere a la administración de medicación, se valora positivamente el que se administre de forma supervisada, aunque no en todos los centros penitenciarios se hace de este modo, con el consiguiente mal uso de la misma. Existe un mercado paralelo de la medicación, que posibilita el acceso a fármacos psiquiátricos a personas no enfermas, por una inadecuada administración de la medicación. Otro aspecto que preocupa es que se observan pacientes que reciben un exceso de medicación y cuando acceden a la red externa ven reducida de forma considerable la misma, por no ser adecuada.

También se señala el hecho de que no se facilita a las personas internas la tramitación de tarjetas sanitarias, DNI, empadronamientos, documentos que son de suma

[16] Anexo tercero, IRESGI.

importancia cuando salen en libertad. Destacan la conveniencia de disponer de informes en el momento de la excarcelación donde consten los diagnósticos y los tratamientos recibidos, así como las citas concertadas en sus centros de salud correspondientes tras la puesta en libertad.

La transferencia parcial de la sanidad a Osakidetza se valora por parte de todas la entidades como positiva, a excepción de dos de ellas que consideran que las horas de atención psiquiátricas son insuficientes para el número de personas que hay con patología mental. Aunque muchas entidades comparten ese criterio y aún no tienen una constancia muy clara de la mejoría que ha supuesto para sus usuarios dicha trasferencia, sí se valora como algo positivo y se tiene confianza en que la atención de todos los internos va a mejorar a medio y largo plazo.

La creación de los centros de salud en cada centro penitenciario, el acceso a la historia clínica y la implantación de la telemedicina son mejoras que a la larga van a redundar en la mejor atención de todos los internos, facilitando el acceso a los recursos sanitarios de la red de Osakidetza.

La especial situación
de los/as menores de edad y jóvenes privados/as de libertad en la CAPV

IX

capítulo

Vista anterior

Capítulo IX

La especial situación de los/as menores de edad y jóvenes privados/as de libertad en la CAPV

1. Introducción

Dada la elevada prevalencia de la enfermedad mental entre las personas usuarias de los servicios de justicia juvenil y, en particular, entre las y los menores y jóvenes ingresados/as en centros de reforma, no hemos querido olvidar en este estudio un apartado dedicado a estos/as.

Sin embargo y afortunadamente, hemos de empezar por señalar que la situación de los y las menores no es equiparable a la de las personas adultas, principalmente por los siguientes motivos:

- Los centros penitenciarios como lugares aislados del tejido normalizado, como medio cerrado y segregador de la persona, no resultan comparables con los centros de internamiento de menores, en los cuales el componente educativo de la intervención y la relación con el exterior y con los recursos comunitarios determinan la atención, estableciendo una clara diferencia con relación a aquellos.
- La pena de prisión, a diferencia de otras medidas privativas de libertad que se adoptan en la jurisdicción de menores, constituye en sí misma un lugar patógeno que desencadena y activa determinados síntomas, agrava trastornos mentales previos (en cuanto hecho estresante, convivencia forzada, aislamiento, inactividad…) o genera otros trastornos, en especial adaptativos.

Como consecuencia de este análisis, la situación de los y las menores no nos lleva a recomendar la creación de estructuras específicas de atención, sino a insistir en la necesidad de dar respuesta a los mismos desde la red sociosanitaria normalizada. Por ello, en este apartado ponemos el acento en la prevalencia de la enfermedad.

2. Prevalencia de los trastornos mentales en menores

El diagnóstico de trastornos mentales en la población infantil y adolescente es cada vez más frecuente. En los últimos años se ha reconocido que gran parte de los trastornos psiquiátricos de la adultez tiene su inicio en la juventud. El diagnóstico precoz de dichos trastornos es condición imprescindible para poder brindar a esta población el abordaje específico y eficaz necesario para la prevención secundaria y terciaria de ulteriores complicaciones y consecuencias sociosanitarias.

Atendiendo a los datos estadísticos oficiales, el diagnóstico de los trastornos mentales en menores no deja de aumentar. Así y de manera general e introductoria, analicemos las tasas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), que superan el 7% en los niños y niñas en edad escolar. Se trata de un dato significativo si partimos de que el TDAH supone hasta el 50% de las derivaciones a los servicios de psiquiatría infanto-juvenil y de que se asocia con el consumo de tabaco, alcohol y drogas, y provoca un mayor número de condenas y delitos en los menores.

Los trastornos del comportamiento también muestran prevalencias elevadas en la población infantil general, estimándose estas en torno a un 2-12% de la población infantil. Entre los factores etiológicos de los trastornos graves de conducta suelen citarse el inadecuado cuidado por parte de los padres, la exposición a la violencia y las cuestiones relacionadas con el vínculo. Las potenciales repercusiones sociales del problema estriban en el hecho de que hasta el 40% de los menores con diagnóstico de trastorno disocial en la infancia se convertirán en adultos antisociales (patrón de conductas inmorales y socialmente irresponsables, caracterizado por el desprecio de los derechos de terceras personas), especialmente aquellos que consumen estupefacientes a edades precoces (muy frecuente en nuestro medio), viven en condiciones de pobreza o tienen una historia de ubicación fuera del hogar. Estudios más recientes corroboran que los estilos parentales, las conductas antisociales en miembros de la familia y la presencia de disarmonía o separación familiar aumentan más de dos veces el riesgo de conductas antisociales en los y las adolescentes.

IX

3. Prevalencia de los trastornos mentales en usuarios/as de recursos de justicia juvenil

La prevalencia de estos y otros trastornos mentales (incluyendo trastornos afectivos y trastornos psicóticos del espectro esquizofrénico) es mucho mayor en las y los menores usuarios de los recursos destinados a justicia juvenil. La Academia Americana de Psiquiatría Infanto-juvenil estima que entre el 40 y el 70% de los menores en contacto con los servicios de justicia juvenil pueden padecer un trastorno mental.

A pesar de ello, tal y como señala la Academia Americana de Pediatría, los trastornos mentales (y muchos trastornos físicos también) no son diagnosticados a tiempo en esta población, perdiéndose un tiempo precioso para la prevención de complicaciones posteriores y la posibilidad de una recuperación funcional precoz y completa.

Las conclusiones de un reciente metaanálisis llevado a cabo en la Universidad de Oxford son clarificadoras y arrojan tasas de prevalencia de trastornos mentales hasta 10 veces superiores a las de la población infanto-juvenil general.

Este trabajo, que supone el análisis de 25 estudios e incluye datos de 13.778 chicos y 2.972 chicas de entre 10 y 19 años usuarios de recursos de justicia juvenil, estima que las prevalencias de psicosis, TDAH, depresión y trastornos de conducta son de 3,3%, 11,7%, 10,6% y 52,8% respectivamente en chicos; y de 2,7%, 18,5%, 29,2% y 52,8% en chicas. Merecen una especial atención las elevadísimas frecuencias de trastornos del espectro esquizofrénico y la alta prevalencia de trastornos depresivos en el sexo femenino. Aunque tratándose de población menor el estudio no establece diagnósticos de trastornos de la personalidad, sí establece unas tasas muy elevadas de trastornos de la conducta (más de la mitad de usuarios y usuarias han recibido este diagnóstico), por lo que puede inferirse una elevada prevalencia de chicos y chicas con patrones de personalidad compatibles con este diagnóstico.

Los trastornos de la personalidad comprenden diversas alteraciones y modos de comportamiento clínicamente relevantes, que tienden a ser persistentes y son la expresión de un estilo de vida y de la manera que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás. Muchas de estas alteraciones aparecen en estadios precoces de desarrollo del individuo, como resultado tanto de factores constitucionales como de experiencias previas.

En los últimos años parece existir un importante aumento de la prevalencia de los trastornos de la personalidad en la población general y de manera específica en los propios centros de internamiento. Así, si la prevalencia de los trastornos de personalidad en la población general se estimaba en torno al 7-15% en el año 2001, actualmente la frecuencia estimada es del 12,7-14,6%, con una prevalencia acumulada a los 33 años del 28,2%. Desafortunadamente no existen estudios epidemiológicos rigurosos que reflejen la prevalencia real de los mismos en el medio de justicia juvenil. Son fundamentalmente dos los trastornos de la personalidad que debido a su elevada prevalencia y comorbilidad (con el abuso de sustancias estupefacientes y con las conductas violentas) deben ser rápidamente detectados en el ámbito de la justicia juvenil: el trastorno disocial de la personalidad y el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.

4. Análisis y propuesta de intervenciones eficientes en usuarios/as de los servicios de justicia juvenil

Se ha partido de la recogida de opiniones cualificadas de los distintos profesionales implicados en la atención a los y las menores usuarias de los servicios de justicia juvenil de nuestro entorno (incluyendo los y las educadoras y trabajadoras de centros educativos y profesionales de salud mental del ámbito de la psicología y la psiquiatría).

Se ha entrevistado directamente a los siguientes profesionales de los centros que se indican:

a) Responsable educativo y coordinador del Centro Educativo Txema Fínez de Aramaio.
b) Jefe de Psiquiatría y jefa de Enfermería del COTA (Centro de Adicciones) de Vitoria-Gasteiz-Osakidetza.
c) Jefe de Psiquiatría de la Unidad de Agudos Infanto-Juvenil del Hospital de Basurto.

El encuentro llevado a cabo con estos profesionales y los datos obtenidos han servido para identificar los problemas y dificultades que estos y estas menores plantean en los distintos servicios de justicia juvenil:

1. Elevadísima prevalencia de menores usuarios y usuarias de los servicios de justicia juvenil con diagnóstico (o sospecha) de trastorno mental.
2. Inadecuado diagnóstico de la patología psiquiátrica.
3. Existencia de serias dificultades en el abordaje de quienes presentan patología psiquiátrica.
4. Opinión generalizada de la insuficiente atención que reciben.
5. Opinión generalizada de la necesidad de una formación y especialización en su diagnóstico y abordaje.

No podemos sino corroborar los datos mencionados hasta ahora. Una adecuada evaluación psicopatológica es imprescindible para poder establecer el diagnóstico adecuado y el tratamiento más eficaz. Muchas veces trascurren periodos de tiempo demasiado prolongados hasta que el o la menor es identificado y derivado a los dispositivos psiquiátricos infanto-juveniles pertinentes, habiéndose perdido para entonces la posibilidad de intervenir precozmente. En este sentido, resulta de especial importancia el diagnóstico de sintomatología psicótica que pudiera redundar en la inimputabilidad del sujeto menor (como la psicopatología de orden psicótico).

La prevención primaria, llevada a cabo mediante una evaluación sistemática adecuada, puede posibilitar la detección de aquellos menores en riesgo de padecer un trastorno mental. No debemos olvidar que la existencia de antecedentes familiares de enfermedades mentales, el consumo de sustancias estupefacientes y la marginalidad (muy prevalentes en el sector usuario de los servicios de justicia juvenil) se asocian con una riesgo elevado de aparición de trastornos mentales. En este sentido son de especial interés el análisis de diversos factores ambientales y familiares de cada menor. Las características personales del sujeto y el estilo de funcionamiento familiar deben ser adecuadamente estudiados y reflejados. Herramientas psicométricas como el MMPI-A (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) o el MACI (Millon Adolescent Clinical Inventory) pueden ayudar a la hora de identificar los rasgos de personalidad de riesgo, el uso de sustancias y la predisposición del menor a la delincuencia.

Las personas profesionales de los servicios de justicia juvenil deben estar suficientemente entrenadas para poder detectar (y abordar en primera instancia) los mencionados acontecimientos. A pesar de la elevada prevalencia de trastornos mentales en esta población menor usuaria de servicios de justicia juvenil, aún hoy existe un importante desconocimiento de los mismos (sobre todo en lo que a la clínica y tratamiento se refiere).

A tenor de estas conclusiones, planteamos el desarrollo y puesta en marcha, dentro de la red normalizada de salud mental, de una atención cualificada y específica (integral, que incluya educadores y profesionales de la salud), que redunde en una mejor salud de estos y estas menores (con especial atención al diagnóstico precoz y abordaje específico) y en la propia optimización del trabajo de los y las profesionales, para lo que planteamos su formación específica (ámbitos educativo, sanitario y judicial) y la implementación de las herramientas y los procesos intervinientes en la atención de este sector de la población (véase recomendación nº 18).

Conclusiones

capítulo X

Capítulo X

Conclusiones

El estudio de campo realizado con sus dos fases diferenciadas, las aportaciones de las ONG, el conjunto de la documentación analizada y el conocimiento que nos ha aportado la tramitación de las quejas recibidas en esta institución han permitido extraer, como resultado de toda la investigación, las siguientes conclusiones:

EN RELACIÓN CON EL PAIEM:

Se observa que ha sido en el último año cuando se ha impulsado la implementación del denominado Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios (PAIEM) en los centros penitenciarios de la CAPV, como programa marco impulsado por Instituciones Penitenciarias con un contenido teórico muy amplio y una aplicación práctica menor y desigual.

Sí ha servido, al menos, para subrayar la importancia de prestar una atención más específica a las personas que sufren enfermedad mental y se encuentran en prisión y la corresponsabilización de los y las agentes implicados en el medio penitenciario. Tradicionalmente, según se refiere, *"no existe cultura de atención a la enfermedad mental en prisión"*.

En cuanto al grado de implantación del programa, sorprende, en primer lugar, la falta de criterios técnicos claros para determinar qué personas deben ser incluidas en el mismo.

Se observa en las prisiones de la CAPV la inclusión de personas con trastornos psicóticos que requieren un tratamiento farmacológico específico para el control de síntomas positivos. La inclusión de trastornos de la personalidad sufre una criba, atendiendo a la gravedad sintomatológica, limitadora de su vida, observada por profesionales que intervienen dentro de prisión. Sin embargo, en la práctica se detecta que no todas las personas aquejadas de trastornos psicóticos están incluidas en el programa y que el acceso de personas con trastornos graves de la personalidad es residual y a veces discrecional.

En particular, se observa la exclusión de este programa de personas con enfermedad mental comórbida con trastornos por uso de sustancias, a quienes se incluye en abordajes más centrados en las adicciones, sin un criterio de valoración claro sobre la prevalencia de la salud mental sobre el consumo de drogas o viceversa.

Según los datos facilitados por las personas entrevistadas, el número de personas incluidas en el PAIEM era reducido, siendo por centro penitenciario el siguiente:

- Nanclares: 33.
- Basauri: 18.
- Martutene: 7 (entre las que exclusivamente se encuentran incluidos los trastornos psicóticos).

Si cruzamos estos datos de personas incluidas en el PAIEM con los datos de prevalencia de la enfermedad mental en prisión arrojados por todos los estudios sobre la materia e incluso por las y los profesionales entrevistados, resulta evidente que este programa, a día de hoy, ni incluye, ni atiende a todas las personas presas que presentan trastornos mentales.

En este sentido, puede concluirse que el PAIEM tiene una incidencia cuantitativa menor. Está orientado mayoritariamente a las personas con trastornos psicóticos, si bien tampoco incluye a todos ellas y, por lo general, del mismo quedan excluidos otros trastornos, en particular los trastornos de la personalidad comórbidos con trastornos por uso de sustancias, patología más prevalente en el medio penitenciario [véase recomendación nº 11.a)].

En definitiva y atendiendo a las cifras, un colectivo mayoritario de personas con enfermedad mental queda excluido del programa de atención a personas con enfermedad mental de Instituciones Penitenciarias, a pesar de que las y los profesionales entrevistados coincidan en la necesidad e importancia de intervenir específicamente sobre las personas que padecen trastornos de la personalidad.

Existe un importante desconocimiento de la existencia del PAIEM y de su contenido por parte de las propias personas presas, así como por parte de las entidades que intervienen en el medio penitenciario.

En cuanto a su contenido y a lo que supone para las personas que se encuentran incluidas en la lista del PAIEM, ha de señalarse que implica un seguimiento más intenso por parte del equipo técnico, que va a valorar la situación de esa persona al menos una vez al mes. La atención farmacológica de estas personas también es más exhaustiva y está más coordinada, si bien no siempre se dispensa de manera supervisada por el hecho de encontrarse en el PAIEM. En este punto, existe divergencia de criterios entre el personal técnico sobre las situaciones y los casos en los que resultaría conveniente dispensar la medicación supervisada.

Igualmente se va a valorar de una manera más pormenorizada su ubicación en la prisión, tratando de protegerles de los entornos o módulos más hostiles, acabando muchos de ellos situados en las enfermerías.

Se refiere que las personas incluidas en el PAIEM reciben un tratamiento diferenciado en el caso de infracciones disciplinarias, siendo liberadas de determinadas sanciones cuando se considera que su enfermedad mental ha estado en la base de la conducta disruptiva o que la aplicación de determinadas medidas, como el aislamiento, puede tener efectos perjudiciales en su salud mental.

Al mismo tiempo se les da prioridad en el acceso a las actividades ocupacionales que existen en la prisión frente a otras personas presas.

No se cuenta, sin embargo, con actividades específicas para este colectivo y son residuales las intervenciones psicoterapéuticas.

El medio penitenciario se considera un espacio abiertamente contraindicado para el abordaje de los trastornos que muchas de las personas presas padecen: activa determinados síntomas, agrava trastornos mentales previos (en cuanto hecho estresante, convivencia forzada, aislamiento, etc.) o genera otros trastornos, en especial adaptativos. Las y los técnicos entrevistados utilizan expresiones como *"la prisión es un abismo", "la prisión llega hasta donde llega"…* para expresarlo [véase recomendación nº 11.c)].

En este sentido parece necesario potenciar la aplicación de las medidas de seguridad, previstas expresamente por el Código Penal para las personas afectadas por trastornos mentales, con el fin de evitar su ingreso en prisión y los efectos perjudiciales que para su situación puede acarrear la privación de libertad en un centro penitenciario (véase recomendación nº 1).

La principal carencia que presenta el programa PAIEM es estar enfocado hacia el interior de la prisión; esto es, se percibe que el acento está puesto en la contención de los síntomas y la adaptación del paciente al medio, principalmente mediante el abordaje farmacológico, y que se carece, por las limitaciones del contexto penitenciario y sus recursos, de una mirada más amplia que comprenda el proceso de la persona en el exterior.

En esta línea y siguiendo lo ya apuntado por el propio subdirector general de Instituciones Penitenciarias en la comparecencia realizada ante el Congreso de los Diputados el 25 de junio de 2013, una de las carencias más importantes es la escasa coordinación con los recursos del exterior para la acogida de este tipo de pacientes, con el fin de garantizar no solo la continuidad asistencial, sino principalmente la derivación a dispositivos que puedan acompañar el proceso de inclusión social de la persona [véase recomendación nº 11.e)].

Esta deficiencia está muy conectada con la ausencia de una intervención previa y específica dentro de la prisión con las personas con enfermedad mental por parte de las y los técnicos de instituciones penitenciarias y también, necesariamente, de entidades comunitarias, como la que se realiza con personas afectadas de trastornos por uso de sustancias [véase recomendación nº 11.d)].

Las entidades sociales que intervienen en prisión desconocen el contenido y desarrollo del PAIEM, no encontrándose involucradas en el mismo. En el mes de noviembre de 2013 se puso en marcha un programa piloto en el Centro Penitenciario de Araba/Álava por parte de FEDEAFES.

Por otro lado, se detecta cierto desconocimiento por parte de las y los profesionales del medio penitenciario sobre la red de recursos comunitarios (véase recomendación nº 14).

La intervención previa en el interior de la prisión se considera esencial para conocer la situación de cada persona, analizar las dificultades y fortalezas existentes en cada caso y diseñar un itinerario de inserción que comprenda el acceso a recursos comunitarios adecuados a cada situación. Las y los técnicos señalan la importancia del trabajo previo de preparación en el interior de la prisión, para facilitar una mayor eficacia en la derivación a los recursos apropiados y mejor encaje de la persona en ellos, aumentando las posibilidades de éxito en el proceso de tratamiento e inserción.

La carencia de recursos específicos o el desconocimiento de los existentes y las reticencias a acoger a personas procedentes de prisión puestas por los dispositivos que la red sanitaria tiene para personas con enfermedad mental dificultan el trabajo de los equipos técnicos de prisión y el itinerario de integración de estos/as pacientes, en los que el paso de dentro de la prisión al exterior se complica especialmente (véanse recomendaciones nºs 13 y 16).

Como consecuencia de ello, en ocasiones se prolongan indebidamente sus tiempos de permanencia en el medio

penitenciario o se les deriva a recursos no cualificados para atender su problemática, acabando en situaciones de abandono, mendicidad, reincidencia y reingreso en prisión.

EN RELACIÓN CON EL PROCESO DE TRANSFERENCIA DE COMPETENCIAS:

De manera casi unánime, los profesionales entrevistados valoran como positiva la transferencia de las funciones en materia de sanidad penitenciaria al Servicio Vasco de Salud-Osakidetza.

Entre los avances que ha supuesto esta transferencia, se destaca –por reiterada– la referencia a la mejora que ha supuesto para los equipos médicos de las prisiones el acceso a OSABIDE, de manera que pueden consultar las historias clínicas de las personas presas y sus antecedentes médicos, lo que facilita y mejora su atención, ofreciendo una visión clínica global.

Aun así, se detectan vías de mejora derivadas de la existencia de filtros para el acceso a determinadas áreas de la historia de cada paciente que impiden a los centros de atención primaria obtener determinada información. En la medida en que a los equipos médicos de los centros penitenciarios se les ha asignado esa naturaleza formal de centros de atención primaria, se ven privados del acceso a determinada información que les sería de gran utilidad. Y es que la atención médica en prisión no es equiparable exclusivamente a la que se dispensa en un centro de salud de atención primaria normal, dado que, de un lado, existe una parte de atención a la enfermedad crónica que se asemeja más a la intervención hospitalaria y, de otro, el componente penal-penitenciario del medio en el que se despliega condiciona dicha atención.

El tratamiento de la información médica también es foco de reflexión en lo que hace referencia a las exigencias de confidencialidad. Parece que al pasar la asistencia sanitaria a depender de una institución ajena a la penitenciaria han crecido las dudas sobre la procedencia de facilitar datos médicos a las juntas de tratamiento o a otros agentes penitenciarios. El consentimiento de la persona y la necesidad de utilizar todas las herramientas que faciliten el tratamiento deben presidir los criterios que puedan fijarse al respecto, en un espacio en el cual la ausencia de atención o el desconocimiento de la situación de cada paciente son las situaciones que generan mayores perjuicios.

La dispensación de la medicación farmacológica de manera supervisada o no es otra de las cuestiones que suscita controversia. En principio, se entiende que la dispensación supervisada garantiza un mejor uso de la medicación y facilita la estabilidad en la sintomatología de los pacientes que requieren de la misma. Sin embargo, desde el ámbito terapéutico se apunta que al margen de los casos graves, en que es indispensable esta forma de administración, un buen número de personas presas están en condiciones de responsabilizarse de la medicación y ha de fomentarse que así lo hagan. Al mismo tiempo, se apela a la no disponibilidad de recursos humanos suficientes ni específicos para esta labor. Algunos de las y los técnicos entrevistados subrayan la necesidad de establecer criterios unificados a la hora de dispensar la medicación psiquiátrica supervisada.

Destaca también la implantación y utilización de la telemedicina, especialmente en el Centro Penitenciario de Araba/Álava, que cuenta con instalaciones más modernas adaptadas para ello, lo que agiliza la derivación a especialistas y evita conducciones.

Se observa la ausencia de un plan de sanidad penitenciaria por parte de Osakidetza, que permita atender de manera homogénea y equivalente a las personas presas en los distintos centros penitenciarios. En este sentido, se registran los siguientes déficits:

a) Se observan diferencias en los criterios de atención entre las tres prisiones.

b) Se detecta la ausencia de protocolos de coordinación entre los equipos médicos de los tres centros penitenciarios.

c) Se constatan diferencias en la dotación de los distintos equipos. La circunstancia de que la o el psiquiatra consultor sea un profesional estable y que además esté inscrito en el hospital de referencia del centro penitenciario, en lugar de en un centro de salud mental, facilita el acceso al ingreso hospitalario y la atención especializada en determinados casos, lo que puede mejorar la calidad de la atención.

d) No parece adecuado el uso de las unidades de custodia penitenciaria para la atención y valoración de las personas presas con trastorno mental, siendo aconsejable que estos pacientes psiquiátricos sean ingresados en las unidades de agudos del hospital correspondiente.

e) A partir de la información que ofrecen los Atlas de Salud Mental de Gipuzkoa y Bizkaia y en la confianza de que este tipo de herramientas se hagan extensivas al territorio alavés, es preciso profundizar, por parte de las y los profesionales que desarrollan su labor en el medio penitenciario, en el conocimiento exhaustivo de los recursos sanitarios de los que Osakidetza dispone para la atención de personas con trastornos mentales, su ubicación, interlocución, número de plazas y requisitos de acceso.

f) En particular, se subraya la inexistencia de protocolos de acceso y derivación de la persona que padece enfermedad mental desde las tres prisiones a los recursos hospitalarios o a las unidades psiquiátricas con que cuenta Osakidetza.

g) Se evidencia la necesidad de una presencia e intervención más estructurada, intensa y uniforme de las y los profesionales de los equipos médicos en el PAIEM.

h) Se hace necesario reflexionar sobre la naturaleza de la asistencia sanitaria en prisión, pues excede de la que le ha sido asignada como mera atención primaria, compartiendo aspectos de la atención especializada y hospitalaria, y ello con el fin de remover algunas limitaciones derivadas de dicha conceptuación: dificultades en el acceso a Osabide, problemas de

farmacia, disfunciones en lo relativo al acceso a determinada medicación crónica…

i) Sería conveniente que se facilitase el acceso de los equipos médicos de las prisiones a los informes periciales médico-forenses relativos a las personas presas afectadas de trastornos mentales, como información valiosa que mejoraría la calidad y eficacia de la atención, previo consentimiento de las mismas (véase recomendación nº 10).

En definitiva, la filosofía que anima esta transferencia es la integración de la sanidad penitenciaria en la comunitaria, lo que supone, como principio, la equiparación de las estrategias y los medios dispuestos para la población en general con los destinados a la población penitenciaria, de manera que esta disfrute –sin otras limitaciones que las derivadas de su condena– de los estándares de calidad que ofrece el sistema vasco de salud.

Teniendo en cuenta la situación de partida, se trata de un objetivo ambicioso, al servicio del cual será preciso potenciar al máximo la colaboración entre el personal de Osakidetza y el de Instituciones Penitenciarias que se ocupa de las tareas de tratamiento y vigilancia en nuestras prisiones. También el adecuado ajuste y engranaje de estructuras, así como una formación específica de los nuevos profesionales que se incorporan procedentes de la sanidad no penitenciaria. De nuestro estudio se concluye que, en el tiempo transcurrido desde la transferencia, es indudable el avance en todos estos sentidos, pero también da cuenta de la necesidad de superar inercias que aún se observan en el ámbito de la sanidad penitenciaria y que condicionan la atención a las necesidades de tratamiento de presos y presas, como consecuencia de la prioridad que en la práctica de nuestras prisiones reciben las exigencias de régimen y seguridad del establecimiento.

Para ello es preciso, a nuestro juicio, que la definición y atención de tales exigencias no permanezca ajena a los poderes públicos vascos, evitando así que puedan interferir, como en ocasiones sucede, con las que estos adopten en ejercicio de las competencias que les han sido transferidas. Y es que de poco vale que Osakidetza diseñe y desarrolle un programa de intervención en salud mental con relación a una persona presa si su viabilidad, en la práctica, se ve condicionada por las decisiones que la Administración central adopte en materias tales como su grado de clasificación, los destinos que reciba, sus traslados de centro o las sanciones que le puedan ser impuestas. Así viene sucediendo, como repetidamente ha denunciado esta institución en sus informes al Parlamento Vasco, en un ámbito como el de la inserción sociolaboral, en el que la mayor parte de la intervención, tanto pública como privada, se lleva ya a cabo desde hace años en Euskadi.

Por eso insistimos en la necesidad de completar cuanto antes la transferencia de la totalidad de competencias penitenciarias, de manera que las autoridades vascas estén habilitadas para adoptar, en todos los ámbitos expuestos, las decisiones que determinan el marco de intervención con las personas privadas de libertad. Se trata con ello de que la atención a su salud mental forme parte de una política de ejecución penal coherente e integral, que sin perjuicio de hacer cumplir los fines de la pena aproveche al máximo, al servicio de la reinserción, las potencialidades y sinergias que ofrecen nuestros sistemas de salud y de acción social, así como la sociedad civil organizada.

Quisiéramos por ello concluir este apartado insistiendo en que el proceso que ha de culminar en la asunción de dichas competencias debe ir acompañado de un esfuerzo de concienciación social, en el que no solo importe el ***qué,*** sino también el ***cómo*** y sobre todo el ***para qué***. En este sentido, las previsiones estatutarias constituyen, a juicio de esta institución, algo más que un título para demandar las transferencias en esta materia: representan también una oportunidad para hacer que la sociedad vasca se responsabilice del uso que se hace en su nombre de la intervención penal, que conozca sus consecuencias y, en la medida en que no le parezcan asumibles desde parámetros de justicia social, promueva el diseño y la gestión de un **modelo penitenciario propio**, un sistema de ejecución penal que no aumente la marginación ni cronifique los factores que llevan a delinquir a la mayor parte de las personas que pueblan nuestras prisiones.

EN RELACIÓN CON LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA A LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN GENERAL:

De la situación analizada se deduce que la mayor parte de las personas afectadas de trastornos de la personalidad graves (límite y antisocial) carece de una atención específica en el medio penitenciario, a pesar de representar el colectivo más numeroso entre los trastornos que padecen las personas presas.

Los y las profesionales entrevistados señalan, con rotundidad y coincidencia, la falta de un diagnóstico específico en el caso de trastornos de la personalidad y la necesidad de un *screening* definido. Apuntan a la infravaloración de estos trastornos y a la existencia de un inadecuado diagnóstico por la influencia del medio. En la prisión se dan conductas propias de los trastornos de personalidad graves que se entienden como comportamientos opositores, no como síntomas de un trastorno de personalidad que requiere un tratamiento específico (véase recomendación nº 7).

Esta infravaloración diagnóstica de la gravedad de los trastornos de la personalidad, según especialistas entrevistados, se debe a la propia manera de entender científica y legalmente esta realidad. Se hace necesario cambiar la forma de entender los trastornos de personalidad para que se engarcen dentro de la enfermedad mental, de modo que pueda apreciarse su concurrencia como causa de disminución de la imputabilidad, posibilitando la aplicación de medidas que eviten el ingreso o la permanencia en prisión.

Todo ello se ve agravado por las limitaciones que, con carácter general, presenta nuestro sistema sanitario para el abordaje de este tipo de trastornos, tal y como esta institución ha manifestado en la **Resolución del Ararteko, de 23 de noviembre de 2012**, por la que se recomienda a Osakidetza-Servicio Vasco de Salud la adopción de una serie de medidas generales relativas a la atención de las

personas con trastornos graves de la personalidad y otras medidas particulares con relación a la atención de un joven afectado.

Se constata la necesidad de mejorar la diagnosis de las personas presas. En muchos casos, en particular en aquellos procedentes de situaciones de mayor exclusión y carencia de recursos, llegan a prisión personas con problemas de salud mental sin ningún tipo de diagnóstico previo. En otro grupo numeroso de supuestos el diagnóstico no está claro. Se subraya la necesidad de detectar y diagnosticar adecuadamente a personas con oligofrenias, con deterioros cognitivos por el consumo de sustancias, con daños neurológicos, así como con trastornos de personalidad, como ya hemos explicado.

Otra de las realidades especialmente compleja es la relativa al diagnóstico y abordaje de las personas extranjeras afectadas de problemas de salud mental, quienes en los casos de derivación al exterior pueden tener dificultades administrativas o burocráticas añadidas para su atención (ausencia de padrón, de tarjeta sanitaria…) (véase recomendación nº 8).

Las mujeres presas constituyen uno de los colectivos más vulnerables, en el que concurren mayor número de variables de exclusión: presentan psicopatologías de mayor gravedad y singulares dificultades para acceder a los recursos comunitarios; en su mayoría tienen hijos e hijas a cargo, lo que complica el abordaje de su situación y las medidas aplicables. Su reducido número y la separación modular condiciona la atención que se les dispensa en el medio penitenciario: los recursos humanos y materiales destinados al tratamiento de las mujeres privadas de libertad son residuales. Destaca el hecho de que Bizkaia siga careciendo de un módulo de mujeres en la prisión provincial (véase recomendación nº 9).

Algunos técnicos echan en falta y reclaman la remisión a los centros penitenciarios, junto con la sentencia, de los informes médico-forenses elaborados en la instrucción de la causa penal, en los cuales se comprende la realización de pruebas y valoraciones que resultarían muy útiles para conocer la situación de la persona y mejorar su abordaje en el centro penitenciario (véase recomendación nº 4).

De todos los encuentros mantenidos se extrae una impresión unánime sobre la importancia y la necesidad de coordinación de los distintos profesionales que intervienen sobre la persona presa afectada por algún trastorno mental, facilitando el flujo de información que posibilite criterios consensuados y acciones uniformes. El PAIEM pudiera ser un espacio para ello y en supuestos concretos lo es, pero dada su limitada aplicación, no palia en la actualidad esta carencia a nivel general, que se revela, por ejemplo, en facetas como la dispensación de medicación y sus pautas de reducción o incremento, o en situaciones cotidianas en la prisión en las que personas con trastornos de personalidad, cuya fluctuación conductual y emocional tiene traducciones comportamentales activadas por el medio en el que viven, no reciben en la mayoría de ocasiones una respuesta terapéutica integral. En todo caso, la presencia más estructurada de Osakidetza en el PAIEM y su participación activa en las iniciativas y abordajes que desde este se puedan articular parece una línea de avance en la que trabajar [véanse recomendaciones nºs 10 y 11.b)].

Se subraya la complejidad de coordinar la intervención sobre una misma persona de profesionales del ámbito sanitario (psiquiatra consultor/a, médicos/as, auxiliares…) y del ámbito penitenciario (psicóloga/o, jurista, educadores/as, trabajador/a social, funcionarios/as de interior…) que se relacionan con la persona individualmente y a veces tienen una visión atomizada de su situación. La generación de estructuras o espacios que posibiliten e integren una visión global e interdisciplinar parece esencial. Además, en esa intervención atomizada radica en ocasiones la dificultad de elaboración de itinerarios de inserción y tratamiento de las personas afectadas de trastornos mentales orientados hacia el exterior del centro penitenciario (véase recomendación nº 5).

En todos los encuentros mantenidos se hace referencia constantemente a la ausencia de recursos comunitarios externos dispuestos a la acogida de las personas con enfermedad mental que se encuentran en prisión, unida a la idea de que se trata de personas a las que no se quiere en ningún espacio y, precisamente por ello, han acabado muchas veces en la prisión.

A la referencia genérica y conocida de la escasez de recursos se unen otras dificultades para facilitar la excarcelación de estas personas, algunas centradas en el obstáculo que suponen los trámites burocráticos exigidos por las administraciones para el acceso a determinados recursos residenciales.

También se detecta la ausencia de un conocimiento de la red de recursos existente en el tejido comunitario por parte del personal técnico de instituciones penitenciarias encargado de elaborar los itinerarios de inserción y realizar las propuestas de progresión de grado y excarcelación, cuando algunos de dichos recursos podrían acoger determinadas situaciones (véase recomendación nº 14).

En este sentido y en el contexto actual de grave crisis económica, en el que la dotación de nuevas infraestructuras se antoja complicada, varias de las personas entrevistadas sugieren la adaptación de los recursos ya existentes, con el fin de dotarlos convenientemente para facilitar la atención y acogida de personas presas que padecen trastornos mentales (véase recomendación nº 12). Así, se habla de dotar de mayores medios de seguridad a algunas de las unidades de media estancia que son muy reticentes a la acogida de personas presas, pero que, por otra parte, vienen acogiendo a personas penadas a las que se les ha impuesto una medida de seguridad. Se habla de la negativa y rechazo de estas unidades a la acogida de personas excarceladas y de la necesidad de establecer protocolos claros por parte de Osakidetza con el fin de saber qué pacientes se pueden derivar y cuáles no y, en su caso, bajo qué condiciones y por qué mecanismos, de manera que se sustraiga la cuestión de voluntades personales y discrecionales.

Entre los recursos que se aprecian como necesarios priman las estructuras residenciales, pisos tutelados que ofrezcan alojamiento e intervención educativa, con acompañamiento diario, como espacios privilegiados que sirvan de puente para resituar a la persona en el medio abierto y conectarla con la red de recursos comunitarios, con una adquisición progresiva de autonomía y/o integración familiar en los casos en que fuera posible (véase recomendación nº 15).

También se hace referencia a la necesidad de articular un abanico de recursos intermedios: hospitales de día, centros de día y talleres ocupacionales. Por último y en determinados casos, se habla de recursos residenciales de larga estancia para personas con graves deterioros cognitivos, con oligofrenias que ven limitada su autonomía personal y cuyos síntomas positivos están controlados, aunque los síntomas negativos requieren de intervenciones de larga duración.

En todo este abordaje se reitera la necesidad de una intervención dentro de las prisiones de entidades comunitarias que puedan servir de enlace con el medio abierto, facilitando el diseño de itinerario y la incorporación o derivación a los recursos más adecuados en cada caso, de manera similar al modelo de intervención consolidado en nuestras prisiones con las personas que padecen adicciones [véase recomendación nº 11.d)].

Unido a ello y dada la importancia de los recursos destinados a personas afectadas por trastornos de uso de sustancias, se observa que en numerosas ocasiones las personas con trastornos mentales presas están siendo de hecho derivadas a recursos residenciales de tratamiento por toxicomanías, por concurrir situaciones de comorbilidad entre el trastorno psicótico o de la personalidad y el derivado del uso de sustancias, pero especialmente en la medida en que estos recursos, por la contención que ofrecen, encajan en las exigencias penitenciarias del régimen de semilibertad, al tiempo que favorecen el tratamiento de la persona. Por ello, se apunta la posibilidad de cualificar y reforzar estos recursos con mayores medios económicos y con personal que cuente con formación especializada, con el fin de dotar a los mismos de las condiciones necesarias para posibilitar una atención más específica en la materia (véase recomendación nº 15).

X

Recomendaciones

capítulo XI

Capítulo XI

Recomendaciones

Las conclusiones alcanzadas a partir del estudio de campo realizado, de las aportaciones de las entidades de iniciativa social que trabajan en la inserción social de presos y presas, así como de la documentación administrativa, académica y científica consultada y el conocimiento que nos ha aportado la tramitación de las quejas recibidas en esta institución, nos han llevado a formular las recomendaciones que a continuación exponemos.

A la hora de estructurarlas, hemos optado por tomar como referencia el recorrido vital de la persona privada de libertad, con el fin de hacer más visible que es ella el elemento central del sistema, y la atención a las necesidades que pueda presentar en materia de salud mental, lo que justifica, en última instancia, el papel que en él desempeñan los distintos poderes públicos. Ello tiene dos consecuencias:

- Por un lado, que al formular nuestras recomendaciones debamos referirlas a todas las políticas públicas que integran dicho sistema, con independencia de que nuestra labor de seguimiento y control recaiga específicamente sobre las que desarrollen las administraciones vascas.
- Por otro lado, que con el fin de dotar de la máxima coherencia y sentido integral al conjunto de medidas que preconizamos, debamos comenzar recomendando su integración en un modelo propio de ejecución penal, en el marco de las previsiones estatutarias sobre asunción por Euskadi de las competencias en materia penitenciaria.

Respecto de la ETAPA PREVIA AL INGRESO EN PRISION:

1. Resulta necesario fomentar la aplicación de **MEDIDAS DE SEGURIDAD**, así como del resto de posibilidades y alternativas que ofrece la legislación penal para evitar que las personas afectadas por un trastorno mental cumplan responsabilidades penales en el interior de los centros penitenciarios.
Ello exige, además, disponer de unidades adecuadamente preparadas para el cumplimiento de tales medidas en la red comunitaria.

2. Es conveniente mejorar la **FORMACIÓN** de los y las profesionales del derecho y de la seguridad que entran en relación con la persona que padece enfermedad mental, desde la comisión del hecho delictivo y durante toda la tramitación procesal de la causa.

3. Debe mejorarse la **INSTRUCCIÓN** de los procedimientos judiciales para evitar que pasen inadvertidas situaciones de enfermedad mental y, en este sentido, debe vigilarse especialmente el riesgo de incurrir en automatismos propiciados por la legislación para el enjuiciamiento rápido de determinados delitos.

4. Es preciso incidir en la necesidad de facilitar el trabajo de la **Clínica Médico-Forense** en la valoración de la salud

mental de una persona y su incidencia en los hechos, **fortaleciendo la coordinación de la misma con la red de salud mental de Osakidetza**, de manera que las y los peritos puedan contar con los antecedentes clínicos necesarios. Igualmente, procede favorecer el acceso de Osakidetza a los informes forenses, con el fin de mejorar la atención comunitaria que se ofrece a la persona con enfermedad mental que haya sido objeto de valoración pericial. Todo ello siempre que la persona interesada preste su consentimiento.

5. Sería necesario reimplantar un servicio análogo al Servicio de Asistencia y Orientación Social al detenido (SAOS), con el fin de contar con un **EQUIPO INTERDISCIPLINAR** que funcionase en los partidos judiciales y que pudiera reunir y aglutinar la información de la persona de manera coordinada, que pudiera facilitar a los tribunales el conocimiento de la situación sociosanitaria de la persona, sirviendo de eje coordinador de las distintas administraciones y agentes intervinientes, de manera que permitiese a los tribunales tomar decisiones contando con el conocimiento más amplio sobre la realidad de la persona y sobre el recurso más apropiado al que derivarla.

6. Resulta urgente disponer de medios y estrategias adecuadas por parte de Osakidetza para ofrecer una atención específica a las personas que padecen **TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD**. Así pues, **se hace preciso articular recursos especializados** como el hospital de día, con las características del que se encontraba ya proyectado desde 2009, tal y como indicábamos en la **Resolución del Ararteko de 23 de noviembre de 2012**; dispositivos; protocolos de coordinación; mecanismos de detección temprana, medios para su abordaje; etc., ante la constatación de que, debido a su frecuente comorbilidad con el trastorno por uso de sustancias, las atenciones que reciben en la red sociosanitaria estos pacientes duales se dirigen exclusivamente a controlar los síntomas de la adicción, olvidando la atención sobre el trastorno de la personalidad concurrente, lo que provoca descompensaciones que se manifiestan en conductas delictivas que provocan con frecuencia ingresos en prisión.

En tanto ello no se materialice, resulta imprescindible contemplar y aplicar vías como la derivación, la concertación y el reintegro de gastos.

7. Se hace necesario potenciar una reflexión científica sobre la consideración clínica que ha de dispensarse a los **TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD**, así como una reflexión médico-legal sobre la valoración que ha de darse a los mismos y su incidencia sobre la imputabilidad, a efectos de posibilitar la aplicación de medidas de seguridad u otras alternativas de cara al tratamiento de estas personas fuera de la prisión.

8. Es preciso facilitar a las **PERSONAS EXTRANJERAS** que padecen trastornos mentales el acceso a la atención sanitaria específica en términos de igualdad con el resto de la ciudadanía, evitando que por motivos administrativos y/o burocráticos (padrón, tarjeta sanitaria…) se vean privadas del acceso al tratamiento que necesitan para su salud y acaben, como consecuencia de su enfermedad, desarrollando conductas disruptivas que les lleven a prisión.

Respecto del tiempo de ESTANCIA EN PRISIÓN:

9. Un colectivo que requiere especial atención es el constituido por las **MUJERES** con causas penales. Y es que, además de serles de aplicación el resto de recomendaciones formuladas con carácter general para toda la población de nuestras prisiones, se aprecian en ellas psicopatologías de mayor gravedad y se encuentran con mayor dificultad para acceder a los recursos comunitarios, generando consecuencias más gravosas a nivel personal y familiar, dado que suelen tener hijos e hijas a su cuidado.

10. Es necesaria la implementación de un **PLAN DE SANIDAD PENITENCIARIA** por parte de Osakidetza que permita atender de manera homogénea a las personas presas en los distintos centros penitenciarios, dado que en la actualidad se observan diferencias en los criterios de atención y en las dotaciones de los equipos, así como ausencia de protocolos de coordinación y derivación a los recursos de la red comunitaria.

11. En lo que se refiere a la salud mental, dicho Plan de Sanidad Penitenciaria ha de definir su interacción con el denominado **Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios (PAIEM)**, cuya efectiva implementación requiere, en todo caso, de las siguientes mejoras:

a. Sería preciso afinar los criterios de inclusión de las personas presas en el citado programa y en concreto:
   i. Resulta imprescindible la incorporación al PAIEM de todas las personas que padezcan trastornos de la personalidad graves (límite y antisocial).
   ii. Parece necesario no excluir del PAIEM a las personas en las que el trastorno psicótico o de la personalidad es comórbido con un trastorno por uso de sustancias.

b. Resulta imprescindible coordinar los aspectos sanitarios y penitenciarios que confluyen sobre la persona. Para ello, deben habilitarse cauces permanentes de coordinación entre las y los técnicos de Instituciones Penitenciarias y el personal sanitario de Osakidetza que interviene en el medio penitenciario. En este sentido, parece muy recomendable que se posibilite y cuide la participación del personal sanitario en los equipos de PAIEM y en las propias juntas de tratamiento.

c. Aun insistiendo en la premisa de que el medio penitenciario no es el espacio adecuado para el tratamiento de estas personas, resultaría aconsejable una mayor implementación de intervenciones psicoterapéuticas específicas orientadas a los distintos trastornos, así como el desarrollo, por las y los técnicos

de instituciones penitenciarias y por entidades sociales, del diseño de itinerarios de inserción que posibiliten una adecuada derivación y propicien el mejor encaje de la persona en los recursos externos.

d. Debería incorporarse a las entidades comunitarias que intervienen con este colectivo en los equipos del PAIEM de las prisiones.

e. En definitiva, resulta necesario que toda la intervención con personas presas afectadas de trastornos mentales, y dentro de ella especialmente el denominado PAIEM, **gire su mirada del interior de las prisiones hacia el exterior, y en dicho sentido, se hace urgente favorecer la conexión entre el medio penitenciario y el medio comunitario**:

   iii. Debe favorecerse el conocimiento por parte de las juntas de tratamiento de todos los recursos que existen en la red sociosanitaria vasca. Para facilitar esta tarea sería aconsejable elaborar una guía o mapa de recursos adaptada a este ámbito, aprovechando la información ofrecida en los Atlas de la Red de Salud Mental de Osakidetza, cuya extensión a todo el ámbito autonómico es esperable.

   iv. Debe favorecerse la intervención previa de algunos de dichos recursos en el interior de los centros penitenciarios

   v. Ha de priorizarse la aplicación del régimen abierto, en cualquiera de las variadas modalidades que ofrece el reglamento penitenciario, para posibilitar el tratamiento de estas personas en el exterior, sobre su permanencia en prisión, tratando de individualizar al máximo la ejecución de la pena.

Respecto a la SALIDA DE PRISIÓN:

Con carácter previo, hemos de hacer una remisión a las recomendaciones emitidas por el Ararteko con ocasión de la publicación del estudio ***Aproximación a la atención de la salud mental de la infancia, adolescencia, juventud y vejez en la CAPV desde la perspectiva del Ararteko: retos y oportunidades***, por cuanto que en dicho estudio se analiza la evolución que ha registrado la atención a la salud mental en el ámbito comunitario desde que en el año 2000 la institución publicara su informe extraordinario *Atención comunitaria de la enfermedad mental,* aludiendo a una serie de necesidades no atendidas, lagunas y áreas de mejora.

Dentro de la genérica referencia a la escasez de recursos comunitarios externos dispuestos a la acogida de los enfermos mentales que se encuentran en prisión, pueden concretarse las siguientes recomendaciones más específicas y operativas en orden a mejorar la situación:

12. Es necesaria la **ADAPTACIÓN** de los recursos ya existentes de la red de atención sociocomunitaria, con el fin de dotarlos de los medios adecuados para facilitar la atención y acogida de personas presas que padecen trastornos mentales.

13. Sería preciso remover los obstáculos existentes en este sentido, mediante el establecimiento y publicación por parte de Osakidetza de **PROTOCOLOS** de derivación y acceso, con el fin de que las juntas de tratamiento de los centros penitenciarios y los órganos judiciales puedan conocer a qué personas pueden enviar a cada recurso y a cuáles no, y en su caso, bajo qué condiciones y por qué mecanismos.

14. Es urgente facilitar un mayor conocimiento de la red de recursos existente en el tejido comunitario a las y los técnicos de instituciones penitenciarias encargados de elaborar los itinerarios de inserción y realizar las propuestas de progresión de grado y excarcelación, mediante la elaboración de una **GUÍA DE RECURSOS** que delimite los perfiles atendidos y los protocolos de acceso y derivación.

15. Se subraya la necesidad de **ESTRUCTURAS RESIDENCIALES DE ACOGIDA**, en forma de pisos tutelados que ofrezcan alojamiento e intervención educativa, con acompañamiento diario y que posibiliten la excarcelación de la persona con trastorno mental para abordar su situación en un contexto más saludable y establecer itinerarios de inclusión más adecuados. Dichas estructuras podrían ser catalizadoras del acceso de la persona a la red de recursos sociosanitarios normalizados, a los que el acceso directo desde la prisión resulta normalmente inviable, máxime sin contar con un recurso residencial de seguimiento que sostenga la adherencia de la persona y habilite el aprovechamiento de los espacios terapéuticos.

En esta línea, se apunta la posibilidad de cualificar y reforzar los recursos residenciales destinados a personas afectadas por trastornos de uso de sustancias con mayores medios económicos y con personal que cuente con formación especializada, para posibilitar en ellos una atención más específica en salud mental. Estos recursos, dada su trayectoria y entidad, están siendo ya de hecho receptores de personas presas con patología dual, al concurrir situaciones de comorbilidad entre el trastorno psicótico o de la personalidad y el derivado del uso de sustancias, y en la medida en que encajan, por la contención que ofrecen, en las exigencias penitenciarias, al tiempo que favorecen el tratamiento de la persona.

Por otra parte, habría de valorarse la necesidad de generar más **recursos residenciales de LARGA ESTANCIA** para personas con graves deterioros cognitivos, con oligofrenias que ven limitada su autonomía personal de por vida (se constatan periodos de más de un año de espera para acceder a los escasos recursos existentes de esta naturaleza).

16. Resulta necesario **FACILITAR LA ACCESIBILIDAD** de las personas con enfermedad mental a recursos residenciales como los indicados y también a recursos intermedios: hospitales de día, centros de día y talleres ocupacionales. En este sentido, es necesario **FLEXIBILIZAR** los trámites burocráticos exigidos por las administraciones para el acceso a determinados recursos (empadronamiento, reconocimiento de la situación de dependencia…), especialmente en los casos de las personas presas que no acceden a canales normalizados o en los cuales los tiempos de espera suponen una prolongación de las situaciones de encarcelamiento.

Vista anterior

17. En último lugar, parece necesario que la política de ejecución penal sea asumida como una responsabilidad consensuada y compartida entre los distintos departamentos del gobierno, así como por las administraciones locales y forales, por cuanto que no solo contempla medidas en el ámbito de la justicia, sino también en el de las políticas sociales, sanitarias, educativas, de vivienda, etc. La integración coordinada y trasversal de estas políticas, implicando a todo el entramado institucional vasco en el marco del modelo propio que el Ararteko viene propugnando, constituye una referencia imprescindible de cara a la asunción completa, por parte de Euskadi, de las competencias penitenciarias.

Respecto de los y las menores:

18. Parece necesario el desarrollo y puesta en marcha de una atención cualificada y específica (integral, que incluya educadores/as y profesionales de la salud) que redunde en una mejor salud de estos/as menores (con especial atención al diagnóstico precoz y al abordaje específico) y en la propia optimización del trabajo de las y los profesionales. Para ello, es preciso profundizar en su formación en los ámbitos educativo, sanitario y judicial, y en la adecuada implementación de las herramientas y los procesos intervinientes en la atención de este sector de la población.

Anexos

XIIa

capítulo

Vista anterior

(anexo).1.

Glosario

Vista anterior

Glosario

Comorbilidad: es un término médico, acuñado por AR Fenstein en 1970, que se refiere a dos conceptos:

- La "presencia" de uno o más trastornos (o enfermedades), además de la enfermedad o trastorno primario.
- El "efecto" de estos trastornos o enfermedades adicionales.

Patología dual: presentación simultánea de patología psiquiátrica y adictiva en una misma persona, de tal forma que interactúan modificando ambas el curso y evolución de cada una de ellas. Tanto la patología psiquiátrica como la adictiva pueden ser la causa o el resultado de la otra. (Sociedad Española de Patología Dual).

Salud mental (SM): no existe una definición "oficial" sobre lo que es salud mental, ya que cualquier definición al respecto estará siempre influenciada por diferencias culturales, asunciones subjetivas…, pero de forma general se puede definir como el estado de equilibrio entre una persona y su entorno sociocultural, lo que incluye aspectos como el bienestar subjetivo, la autonomía o el potencial emocional, entre otros. "Salud mental" y "enfermedad o trastorno mental" no son dos conceptos opuestos, es decir, la ausencia de un trastorno mental no indica necesariamente que se tenga salud mental y, al revés, sufrir un determinado trastorno mental no es óbice para disfrutar de una salud mental razonablemente buena.

Screening: también denominado **cribado**, es una estrategia aplicada sobre una población o grupo para detectar una enfermedad en personas sin signos o síntomas de esa enfermedad, con el objeto de identificar enfermedades de manera temprana.

Trastorno de la personalidad (TP): un trastorno de la personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Se manifiesta al menos en dos de las siguientes áreas: cognoscitiva, afectiva, de la actividad interpersonal o de control de los impulsos. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales. Tiene su origen en la adolescencia o inicio de la edad adulta, y comporta malestar o perjuicios para el sujeto y los que están a su alrededor (DSM IV-TR).

A continuación recogemos las definiciones de los dos trastornos de la personalidad más prevalente en las personas presas, incluidos dentro del Cluster B de los TP según el DSM IV-TR.

- **Trastorno límite de la personalidad (TLP)**: caracterizado por un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad. Los rasgos que describen este trastorno son: labilidad emocional, baja autoestima, desinhibición (comportamientos de acting-out), gran reactividad emocional, dependencia afectiva y miedo al abandono, sentimientos crónicos de vacío.
- **Trastorno antisocial de la personalidad**: patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás. Los rasgos descriptivos de este trastorno son la insensibilidad y la falta de empatía, manipulación, hostilidad y desinhibición.

Trastorno mental: un patrón conductual o psicológico de significación clínica que, cualquiera que sea su causa, es una manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Esta manifestación es considerada síntoma cuando aparece asociada a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad.

Trastorno mental grave (TMG): existen diversas formas de definir el trastorno mental grave. La de mayor consenso en la bibliografía (la del National Institute of Mental Health (NIMH), 1987) contempla tres dimensiones: diagnóstico clínico, duración del trastorno (cronicidad) y nivel de discapacidad social, familiar y laboral de la persona afectada.

- Diagnóstico: incluye los trastornos psicóticos (excluyendo los orgánicos). Todas las categorías diagnósticas incluidas dentro de TMG tienen la consideración de psicóticas, en sentido amplio. Se entiende por tal no solo la presencia de síntomas positivos y negativos, sino también un patrón de relaciones gravemente alterado, con un comportamiento inadecuado al contexto o una afectividad inapropiada grave, que impliquen una percepción distorsionada de la realidad.
- Duración de la enfermedad: evolución de trastorno de 2 años o más, o deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento en los últimos 6 meses (abandono de roles sociales y riesgo de cronificación), aunque remitan los síntomas.
- Presencia de discapacidad: definida mediante la afectación de moderada a severa del funcionamiento personal, laboral, social y familiar, y que produce limitaciones funcionales en actividades importantes de la vida y al menos incluye dos de los siguientes criterios de forma continua o intermitente:
  - Desempleo o empleo protegido o apoyado, habilidades claramente limitadas o historia laboral pobre.
  - Necesidad de apoyo económico público para mantenerse fuera del hospital y posible necesidad de apoyo para procurarse dicha ayuda.
  - Dificultades para establecer o mantener sistemas de apoyo social personal.
  - Necesidad de ayuda en habilidades de la vida diaria, como higiene, preparación de alimentos o gestión económica.
  - Conducta social inapropiada que determina la asistencia psiquiátrica o del sistema judicial.

Trastornos psicóticos (DSM IV-TR): término que recoge un conjunto de trastornos entre los que se encuentra la esquizofrenia en sus diversos tipos junto a otros trastornos del espectro psicótico (esquizofreniforme, esquizoafectivo, delirante, psicótico breve, psicótico compartido, otros debidos a enfermedad médica o inducidos por consumo de sustancias). El término psicótico se ha definido conceptualmente como una pérdida de las fronteras del yo o un grave deterioro de la evaluación de la realidad, poniendo los distintos trastornos de este tipo el énfasis en diferentes aspectos de la varias definiciones del término “psicótico”. Así, por ejemplo, en la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, el trastorno esquizoafectivo y el trastorno psicótico breve el término psicótico se refiere a las ideas delirantes, a cualquier alucinación manifiesta, al lenguaje desorganizado o al comportamiento desorganizado o catatónico.

XII

(anexo).2.

Guion cuestionario
estudio de campo 2 (2013)

Vista anterior

Guion cuestionario estudio de campo 2 (2013)

GUION CUESTIONARIO PARA JUAP, EQUIPOS TÉCNICOS, EIT Y PSIQUIATRAS

1. Cuál es el protocolo de intervención/atención con las personas con enfermedad mental: CÓMO ES LA PRÁCTICA.

- ✓ Entrevista inicial, detección (criterios de inclusión, quién lo decide, a la hora de detectar y realizar valoraciones diagnósticos qué instrumentos psicométricos que se suelen emplear en el diagnóstico).
- ✓ Historia clínica previa (Osabide), coordinación con CSM, otras entidades…
- ✓ Seguimiento de casos, dispensación de medicación.
- ✓ Derivación al psiquiatra consultor/especialista.
- ✓ Medidas regimentales y/o tratamentales derivadas, coordinación con la junta de tratamiento.
- ✓ Prevalencia de la enfermedad mental entre las personas presas y patologías predominantes, patología dual…

2. Modificaciones detectadas en la atención sanitaria (con particular referencia a la salud mental) tras la trasferencia de competencias a Osakidetza en 2011.

- ✓ Cambios que se han producido/formas de funcionamiento que permanecen (entrada de Osabide, principio de equivalencia asistencial…).
- ✓ Ventajas.
- ✓ Desventajas.

3. Referencia al PAIEM (hacer hincapié en qué diagnóstico tienen las personas incluidas en este programa para poder valorar la exclusión de otras patologías a las que habría que dar entrada; explorar la atención a personas que aún sin tener un diagnóstico específico la impresión diagnóstica es de trastornos de personalidad y si están o no incluidas).

- ✓ ¿Cómo se detecta, valora o diagnostica, y cómo se determina la inclusión de una persona presa en el programa? (Instrumentos psicométricos empleados, profesional que se encarga de la valoración).
- ✓ ¿Existe un equipo multidisciplinar? ¿Cómo está compuesto? ¿Cada cuánto se reúne? ¿Cómo funciona? Ratio de interno por profesional.
- ✓ ¿Cómo se hace el seguimiento de los casos? ¿Quién se encarga? ¿Cada cuánto tiempo se ve a las personas? ¿Se realizan evaluaciones semestrales?
- ✓ ¿Existe una lista de personas incluidas?
- ✓ ¿Qué propuestas de tratamiento se realizan con estas personas? ¿Qué itinerarios se elaboran? ¿Qué artículos del Reglamento Penitenciario se les aplican? ¿Se solicita el art. 60?
- ✓ ¿Realizan actividades específicas dentro de la prisión? ¿Existen programas de rehabilitación psicosocial? ¿Se elaboran PIR y cómo se integran dentro del PIT?
- ✓ ¿Qué coordinaciones existen con entidades del tejido comunitario? ¿Qué derivaciones? (Intrapenitenciarias/extrapenitenciarias).

Vista anterior

- ✓ Si se pueden recoger datos: derivaciones a hospitales psiquiátricos penitenciarios (criterios y nº de casos); derivación a unidades hospitalarias psiquiátricas de custodia para diagnóstico y tratamiento (criterios y nº de casos); derivación a otros dispositivos comunitarios de salud mental para diagnóstico y tratamiento (criterios y nº de casos).

4. ¿Qué carencias, dificultades, necesidades concretas observas en la atención a las personas presas que padecen enfermedad mental?

5. ¿Qué propuestas concretas o retos de futuro plantearías para mejorar la atención a estas personas?

XII

(anexo).3.

Respuestas de entidades a cuestionarios (2011)

Vista anterior

Respuestas de entidades a cuestionarios (2011)

ARABA/ÁLAVA

ADAP

1. Misión de la entidad

ADAP es una asociación fundada en 1991 por un grupo de personas preocupadas por la situación de las personas privadas de libertad. Dirige su actuación fundamentalmente a las mujeres presas en el Centro Penitenciario de Nanclares de la Oca, ofreciendo apoyo personal y asesoramiento a nivel jurídico y social.

2. Objetivo del proyecto de intervención en prisión

- Apoyo humano y personal a las mujeres presas durante su estancia en prisión.
- Potenciar el empoderamiento y las capacidades de inserción social positiva que favorezcan la plena incorporación de estas mujeres al medio social.
- Organizar actividades culturales y terapéuticas dentro de la prisión.
- Luchar por el avance de los derechos humanos y jurídicos de las personas presas.

3. Centro penitenciario en el que interviene

Centro Penitenciario de Nanclares de la Oca (Araba/Álava).

4. Año de inicio de la intervención

La intervención se inicio en el año 1991.

5. Personal dedicado al proyecto

Actualmente son cinco las personas que pueden participar activamente. Son más las personas voluntarias interesadas en participar, pero debido a que aún no se les ha autorizado la entrada al centro penitenciario, no lo pueden hacer.

6. Número de horas/días de intervención semanal

Se interviene un total de dos horas, un día a la semana. Además, puntualmente se realizan actividades como conciertos, concurso de relatos cortos, entrega de regalos de navidad y fiestas de Vitoria-Gasteiz para las mujeres, etc.

7. Número de personas atendidas el año pasado

Se atendieron aproximadamente 200 personas en las comunicaciones del año pasado.

8. Número de personas con patología mental en el colectivo atendido (si lo sabe)

Desconocemos este dato.

9. ¿Considera que los enfermos psiquiátricos son bien atendidos en prisión?

Consideramos que no son atendidos o que, simplemente, son tratados psicofarmacológicamente, siendo el seguimiento individualizado y terapéutico muy escaso o nulo.

Vista anterior

En las jornadas de "Trastorno Mental y Drogodependencias" organizadas por la Fundación Gizakia, en noviembre de 2010, un profesional de la Asociación Lur Gizen que interviene, *a priori*, en el ámbito de toxicomanías dentro del Centro Penitenciario de Nanclares, exponía en su ponencia el aumento considerable de la población reclusa con patología dual o comorbilidad, dando lugar a desatención y falta de medios, tanto materiales como humanos.

10. ¿Qué necesidades detectan desde su entidad para la atención de estos pacientes?

Creemos imprescindible que exista más atención individualizada, que se realice un buen diagnóstico previo al comenzar con la medicación y, una vez que se administre medicación, se haga un seguimiento continuado, así como un control para la buena administración y el buen uso de los psicofármacos.

Por otra parte, pensamos que la atención médica y el tratamiento psicofarmacológico debería tener una atención psicoterapéutica paralela.

11. ¿Considera que los centros penitenciarios deberían tener unidades psiquiátricas para cumplir las medidas de seguridad de internamiento o deben ser atendidos en la red psiquiátrica en unidades adecuadas a sus patologías y a su peligrosidad? Razone su respuesta

En nuestra opinión, lo ideal sería que los/las enfermos/as psiquiátricos/as fueran atendidos en la red psiquiátrica en unidades adecuadas a sus patologías y peligrosidad. Pero siendo conscientes de las dificultades existentes para que esto se pueda llevar a cabo, pensamos que la puesta en marcha de una unidad psiquiátrica dentro del centro penitenciario ayudaría a que las/los internas/os reciban una atención individualizada y psicoterapéutica, y consecuentemente la situación actual mejore.

ASAFES

1. Misión de la entidad

La misión de ASAFES es hacer viable un proyecto vital integral e individualizado para las personas que sufren enfermedad mental. Nuestras metas se orientan hacia un futuro de integración y normalización que mejore la calidad de vida de estas personas. Familiares, voluntariado y trabajadores/as unen sus esfuerzos para lograr el bienestar de nuestro colectivo y desarrollar campañas de sensibilización y reivindicación social hacia esta realidad.

2. Objetivo del proyecto de intervención en prisión

No tenemos un proyecto concreto en este sentido.

3. Centro penitenciario en el que interviene

4. Año de inicio de la intervención

5. Personal dedicado al proyecto

6. Número de horas/días de intervención semanal

7. Número de personas atendidas el año pasado

8. Número de personas con patología mental en el colectivo atendido (si lo sabe)

En ASAFES habremos atendido a unas **8** personas (que sepamos) que han cumplido algún tipo de condena:

TRABAJOS EN BENEFICIO DE LA COMUNIDAD: 4 personas. Personas que con temas legales pendientes han podido conmutarlos por TBC en ASAFES. Damos prioridad a personas que tengan enfermedad mental. Realizan trabajos de atención telefónica, recepción y mantenimiento para la asociación. El hecho de que personas con enfermedad mental hagan los TBC en ASAFES ayuda en su conciencia de enfermedad de cara a la toma de medicación y de asistencia al centro de salud.

PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL QUE HAYAN ESTADO EN UN CENTRO PENITENCIARIO. Quizá no lo conocemos de primera mano, pero sí hay casos que han cumplido condena, 3 o 4…, pero no es una cuestión que se trate directamente con ellos.

9. ¿Considera que los enfermos psiquiátricos son bien atendidos en prisión?

¿Alguien con diabetes es bien atendido en prisión? El tipo de atención no suele ser tan específica como en un centro sanitario, desde luego, pero se añade a esta circunstancia que un entorno estresante o no seguro es un factor detonante de crisis y recaídas para personas con enfermedad mental grave. Esquizofrenia, trastorno bipolar y otros trastornos de personalidad, además de una medicación bien administrada. Necesita de unas condiciones de vida que favorezca el buen pronóstico de la enfermedad, condiciones que en prisión no son tan fáciles de mantener.

10. ¿Qué necesidades detectan desde su entidad para la atención de estos pacientes?

En la evolución de las enfermedades mentales es habitual que personas diagnosticadas y muchas veces sin diagnosticar cometan actos delictivos, consciente o inconscientemente. Es habitual que se den quejas y denuncias de los vecinos por gritos, conductas explosivas, heteroagresividad, consumo de drogas, etc.

Desde muchos recursos institucionales (y no institucionales) nos encontramos con una falta de información, formación y sensibilización que hace que el trato recibido por las personas que sufren enfermedades mentales no sea el adecuado, y esto incluye los centros penitenciarios. Es costoso diferenciar cuándo las conductas de un enfermo se deben a su forma de ser o a una enfermedad mental, si estaba en sus cabales o no cuando las acometió. Es fundamental entender lo que significa tener una enfermedad mental y hasta dónde trasciende la misma, las consecuencias que supone y cómo pueden vivir mejor.

Si han de cumplir condena o no en una cárcel es una cuestión legal, pero que las personas estén sensibilizadas e

informadas sobre las enfermedades mentales puede ayudar a que las decisiones sean lo más adecuadas posibles a la justicia y a la salud mental de la persona.

11. ¿Considera que los centros penitenciarios deberían tener unidades psiquiátricas para cumplir las medidas de seguridad de internamiento o deben ser atendidos en la red psiquiátrica en unidades adecuadas a sus patologías y a su peligrosidad? Razone su respuesta

Es importante conocer que la agresividad no va inherente a las enfermedades mentales. Hay un tipo de enfermos que sí deben cumplir condenas en centros penitenciarios, pero también hay perfiles que quizá sea más eficaz un cambio por TRABAJOS EN BENEFICIOS A LA COMUNIDAD o por un TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO.

COMISIÓN ANTI-SIDA ÁLAVA

1. Misión de la entidad

La Comisión Ciudadana Anti-Sida de Álava es una organización no lucrativa de acción social que trabaja por:

- Informar y educar a la población sobre el VIH-Sida.
- Prevenir su expansión.
- Favorecer y facilitar la inclusión social de las personas afectadas por VIH, sin hogar, presas, que ejercen la prostitución y/o en situación de exclusión social, mediante el desarrollo de programas socioeducativos de atención, apoyo y acompañamiento.
- Cambiar las realidades sociales injustas.

Líneas de acción:

- Prevención, información y educación sobre VIH-Sida.
- Atención a las personas afectadas por el VIH-Sida.
- Gestión de proyectos residenciales y centros ocupacionales para personas en situación de exclusión social, sin hogar o privadas de libertad.
- Orientación, asesoramiento, seguimiento, acompañamiento y apoyo educativo a las personas que atendemos.
- Sensibilización y concienciación sobre las injusticias sociales.
- Reivindicación de los derechos sociales.

Las acciones de la Comisión Ciudadana Anti-Sida de Álava se rigen por **valores** tales como el **acompañamiento**, la **autonomía**, la **conciencia crítica**, la **igualdad** y la **participación**. **La persona es el centro** de nuestra acción social: promocionamos el desarrollo integral de cada persona basándonos en el respeto, la cercanía y la calidad de la atención.

2. Objetivo del proyecto de intervención en prisión

Desarrollamos cinco ámbitos de acción:

1) Gestión de recursos de acogida (4 pisos de acogida) para personas privadas de libertad. Los objetivos generales de este ámbito son:
   a) POSIBILITAR UNA DIRECCIÓN DE ACOGIDA para los internos –varones– del centro penitenciario que no tienen otra posibilidad de acogida, bien por la lejanía del domicilio habitual (residentes en otras provincias o en otros países), bien por carecer de vínculos familiares o encontrarse los mismos muy desestructurados.
   b) FAVORECER LA PAULATINA INTEGRACIÓN SOCIAL de las personas privadas de libertad a través de una acción educativa que busque promover la competencia social del individuo.
2) Atender integralmente y favorecer la excarcelación de las personas privadas de libertad afectadas por el VIH-Sida en el recurso de acogida “Besarkada Etxea”. Se enmarca dentro de la red de servicios sociosanitarios de la provincia como un recurso específico dirigido a personas infectadas por el VIH en un estadio avanzado de la enfermedad y/o carentes de cobertura sociofamiliar y económica suficiente que les permita realizar un vida de forma autónoma o ser atendidos en el núcleo familiar. El objetivo principal es dotar a sus residentes de un contexto que dé respuesta a sus necesidades físico-biológicas, cognitivas, emocionales y sociales, promoviendo su reestructuración y equilibrio personal y social, así como en los casos que sea posible su inserción sociolaboral. De las 14 plazas con las que cuenta, 3 están destinadas a personas excarceladas del Centro Penitenciario de Nanclares de la Oca por su grave estado de salud.
3) Desarrollar diversas acciones de voluntariado en el interior del Centro Penitenciario de Nanclares de la Oca (Araba/Álava) a través de un grupo de apoyo. Los objetivos generales de este ámbito son:
   a) Posibilitar un encuentro directo con las personas que cumplen pena de privación de libertad con la finalidad de mantener y fortalecer los vínculos con la comunidad y sus recursos.
   b) Informar, asesorar y encauzar la intervención más adecuada a las demandas planteadas por parte de las personas presas, y atender las situaciones más desfavorecidas en el ámbito intrapenitenciario (afectados por el VIH-Sida u otras patologías, drogodependientes, extranjeros, mujeres y personas sin recursos de apoyo externo).
4) Impulsar la inclusión laboral de las personas privadas de libertad por medio de programas específicos de acompañamiento y tutorización.
5) Asesorar en asuntos penales y penitenciarios con el Programa de Acompañamiento Jurídico, cuyos objetivos son:
   a) Prestar apoyo y asesoramiento jurídico en materia penal y penitenciaria a los usuarios de los proyectos de la Comisión Ciudadana Anti-Sida de Álava, especialmente del “Grupo de Apoyo, Encuentro e Intervención con Internos e Internas del Centro Penitenciario de Nanclares de la Oca” y de los “Pisos de Acogida para Presos”.
   b) Colaborar en la incorporación social y en la atención interdisciplinar a los usuarios/as mencionados, coadyuvando con los profesionales y el equipo de voluntarios/as de la asociación en la acción cotidiana

Vista anterior

de los diferentes proyectos, prestando la orientación legal necesaria, con la finalidad de velar por la promoción y respeto de los derechos humanos de todas las personas.

3. Centro penitenciario en el que interviene

Centro Penitenciario de Nanclares de la Oca (Araba/Álava).

4. Año de inicio de la intervención

1993.

5. Personal dedicado al proyecto

20 profesionales (educadores, trabajadores sociales, etc.) y 25 voluntarios/as.

6. Número de horas/días de intervención semanal

La atención en los recursos de acogida es diaria todo el año. En el voluntariado se puede calcular una media de 4 horas semanales/persona voluntaria.

7. Número de personas atendidas el año pasado

200 personas privadas de libertad en los diferentes recursos de acogida y 400 a través del voluntariado.

8. Número de personas con patología mental en el colectivo atendido (si lo sabe)

En los recursos de acogida, 50 (incluyendo la atención en toxicomanías y alcoholismo) y en el voluntariado partimos de los datos generales del Ministerio del Interior que se refieren a internos/as con tratamiento psiquiátrico y/o toxicomanías[17].

9. ¿Considera que los enfermos psiquiátricos son bien atendidos en prisión?

Rotundamente NO. En prisión cumple condena privativa de libertad un porcentaje muy elevado de personas con enfermedad mental (el 25,6% de los internos tiene recogido uno o varios diagnósticos psiquiátricos en su historia clínica y el 3,2% tiene antecedentes de ingreso en psiquiátricos previo al ingreso en prisión) que en atención a sus patologías y necesidades, no deberían estar en un centro penitenciario, sino asistidos y acogidos en recursos adecuados de la comunidad, con apoyos sociales y terapéuticos suficientes. Sin embargo, la carencia de recursos comunitarios de esta naturaleza es una realidad grave que necesita respuestas políticas, sociales, médicas y criminológicas. Como consecuencia, muchos internos e internas con enfermedad mental crónica y grave permanecen en prisión, hecho irrespetuoso con los principios constitucionales y de los derechos humanos.

10. ¿Qué necesidades detectan desde su entidad para la atención de estos pacientes?

Quizás haya solo una respuesta: promover la creación de recursos de acogida en la comunidad dirigidos a las personas presas con enfermedad mental

Se trata, fundamentalmente, de evitar el efecto desocializador o estigmatizante de la intervención penal, impulsando el contacto activo recluso-comunidad, introduciendo a la persona privada de libertad en la sociedad y rehabilitando los contactos sociales del interno. La cárcel no puede ni debe "dañar" a la persona, aislarla de la comunidad, provocar su desocialización o desasistirla en sus necesidades dentro de unos muros de invisibilidad. Siguiendo estos criterios, se hace necesario poder atender a la persona presa con enfermedad mental en un ámbito abierto, con los recursos sociales y sanitarios de la comunidad.

Si estudiamos la realidad en el territorio de Araba/Álava, podemos poner de manifiesto lo siguiente:

- En esta provincia se encuentra ubicada la prisión de Nanclares de la Oca, que alberga a aproximadamente 650 hombres y 60 mujeres. Desde los años 80 se han ido creando recursos de acogida para poder atender las necesidades de acogida y reincorporación a la sociedad de este colectivo. En la actualidad están funcionando seis pisos de acogida que proporcionan acogida y un programa educativo a los internos e internas que acceden a un régimen de salidas diarias de la prisión o a la libertad condicional[18]. Sin embargo, por las características de los recursos (sin medios sanitarios especializados), no son acogidas aquellas personas presas con una enfermedad mental grave.
- En el año 2011 se prevé que esté construida la nueva prisión de Araba/Álava, situada a 3 kilómetros de Nanclares de la Oca. Tendrá capacidad para encerrar a 1.000 personas y solo cabe esperar que la situación actual se agrave,

[17] Porcentaje de antecedentes de trastornos mentales en personas que ingresan en prisión (España): 17,6%.
El 3,2% tiene antecedentes de ingreso en psiquiátricos previo al ingreso en prisión, ignorándose con frecuencia esta patología en los procesos penales.
El 25,6% de los internos tiene recogido uno o varios diagnósticos psiquiátricos en su historia clínica. Se eleva al 49,6% si se consideran los antecedentes de abuso o dependencia a drogas.
La patología dual asociada al consumo de drogas está presente en el 12,1% de los internos.
El 12% de los internos requiere derivación hacia la atención psiquiátrica especializada.
El 31% de los internos tiene prescritos psicofármacos. Un 11% más tiene prescritos psicofármacos y metadona.
El 1,8% de los internos tiene acreditada la condición de discapacidad psíquica (aproximadamente 1.000 internos del total).
Datos referidos al año 2006 (Acín, 2007, 35-37).

[18] Los recursos son los siguientes: piso de acogida para presos, piso para la incorporación social de internos en libertad condicional, piso para la incorporación laboral de internos en régimen abierto, piso para la inserción y vinculación comunitaria de internos en segundo grado, piso de acogida para mujeres presas y piso de larga estancia para extranjeros en libertad condicional. A excepción de este último, gestionado por la Asociación Salhaketa y con subvención de la Diputación Foral de Álava, todos son recursos de titularidad pública (Diputación Foral de Álava, gestionados por la Comisión Ciudadana Anti-Sida de Álava –los dirigidos a hombres– y por la Asociación de Ayuda al Preso –el destinado a mujeres–).

toda vez que no se están creando nuevos recursos de acogida en la comunidad, especialmente aquellos que deben dirigirse a la atención de los internos e internas con enfermedades físicas y mentales graves.

Esta situación, denunciada por numerosas instancias y organizaciones (Comisión Ciudadana Anti-Sida de Álava, Pastoral Penitenciaria o Salhaketa) y también muy olvidada, porque hablamos de un colectivo especialmente vulnerable a la estigmatización y a la invisibilidad como son las personas presas, ha motivado que ya desde hace 10 años se venga proponiendo a las instituciones competentes en materia social y sanitaria (Diputación Foral de Álava y Gobierno Vasco) que se cree un centro especializado para atender a los internos e internas que deban ser excarcelados por su condición de enfermos con patologías físicas y mentales graves. Como respuesta a esta demanda social, el 31 de marzo de 2008 se aprobó por parte de todos los grupos políticos en las Juntas Generales de Álava una moción (6/2008) por la que se proponía la creación de un "*centro especializado de acogida para penados con enfermedades muy graves con padecimientos incurables*". En concreto, en este texto las Juntas Generales "*solicitan a la Diputación Foral de Álava que, en colaboración con las Diputaciones de Bizkaia y Gipuzkoa y el Departamento de Justicia, Empleo y Seguridad Social del Gobierno Vasco, analice seriamente la posible creación de un Centro Especializado de Acogida para los penados con enfermedades muy graves con padecimientos incurables que se encuentran en el Centro de Penitenciario de Nanclares que puedan acogerse a los beneficios penitenciarios*", y que mientras se decida y proyecta este centro, "*por razones humanitarias y de dignidad de estas personas, amplíe los recursos sociales existentes en la actualidad para dar salida a aquellos internos de Nanclares que, por el tipo de enfermedad terminal que padecen, no se pueden encuadrar en los recursos sociales ya existentes*". A fecha de hoy no se ha hecho nada respecto de este asunto.

La pregunta es evidente: ¿cuánto tiempo habrá que esperar para que las personas con una enfermedad mental o física grave puedan ser atendidas correctamente en la comunidad?

En el documento que recoge las conclusiones y recomendaciones del XX Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (2003, 64) se expone el hecho de que el aumento del número de enfermos mentales en prisión conlleva "*el riesgo de que, en ausencia de los adecuados y precisos recursos de salud mental disponibles en la red normalizada del ámbito comunitario, se desarrolle de nuevo una subcultura asistencial manicomial excluyente y marginalizadora, ahora desde el ámbito judicial, para los ciudadanos que habiendo cometido delitos sufran trastornos mentales severos*". Nuestra constatación sitúa especialmente el problema en el ámbito social y sanitario de la comunidad, no solo en el judicial. No se crean por parte de los departamentos de Bienestar Social los recursos adecuados para atender a estos enfermos y, por otra parte, desde el ámbito sanitario parece darse un olvido interesado de determinados pacientes, bien porque no son cómodos para el sistema de salud ordinario (recordemos que hablamos de enfermos con trastornos de personalidad, patologías duales o drogodependencias[19]), bien porque el denominado ámbito sociosanitario es una quimera por cuestiones presupuestarias o de desinterés por una correcta y eficaz coordinación.

11. ¿Considera que los centros penitenciarios deberían tener unidades psiquiátricas para cumplir las medidas de seguridad de internamiento o deben ser atendidos en la red psiquiátrica en unidades adecuadas a sus patologías y a su peligrosidad? Razone su respuesta

Abogamos DECIDIDAMENTE por la atención de estos pacientes en recursos ADECUADOS Y PREPARADOS en la comunidad.

SALHAKETA ARABA

1. Misión de la entidad

Denuncia pública y jurídica de las condiciones de vida en prisión, impulsar y/o articular recursos útiles para personas que han sufrido la privación de libertad...

2. Objetivo del proyecto de intervención en prisión

En principio, la asociación como tal no puede entrar en prisión a realizar actividades, pero sí acuden integrantes de Salhaketa-Araba a realizar visitas, tanto de asesoramiento jurídico como de simple acompañamiento y/o apoyo solidario. El objetivo de estas últimas sería el asesoramiento social y jurídico sobre todas aquellas cuestiones de asistencia social y derecho penitenciario. También se realiza asesoramiento por vía postal y/o telefónica.

3. Centro penitenciario en el que interviene

Fundamentalmente, Nanclares de la Oca.

4. Año de inicio de la intervención

Esta actividad de asesoramiento lleva funcionando de una forma continuada desde el año 1990.

5. Personal dedicado al proyecto

Una persona con formación jurídica y contrato de media jornada, y 5 personas de forma voluntaria.

6. Número de horas/días de intervención semanal

La letrada suele acudir una vez al mes a la prisión, permaneciendo unas 3 o 4 horas en el locutorio, visitando a diversas personas presas. Dos de las personas voluntarias acuden una vez al mes a visitas por locutorios. La atención por vía postal y/o telefónica se realiza de lunes a viernes, en horario de mañana, en los locales de la asociación.

[19] Para las patologías psiquiátricas, véase Rubio y Ortega (2002).

7. Número de personas atendidas el año pasado

Unas 11 personas en visitas al Centro Penitenciario de Nanclares de la Oca.

8. Número de personas con patología mental en el colectivo atendido (si lo sabe)

3 con patologías diagnosticadas.

9. ¿Considera que los enfermos psiquiátricos son bien atendidos en prisión?

No, puesto que el psiquiatra de Osakidetza que acude a la prisión no dispone del tiempo necesario ni los medios materiales para atender a todas las personas presas con enfermedad psiquiátrica que lo necesitan.

10. ¿Qué necesidades detectan desde su entidad para la atención de estos pacientes?

En muchas ocasiones se parte de una falta de diagnóstico: se aprecia a simple vista que a esa persona le pasa algo, pero carece de un informe que así lo diga.

Respecto a las personas ya diagnosticadas, no existe una atención personalizada y con el necesario seguimiento para su tratamiento clínico.

11. ¿Considera que los centros penitenciarios deberían tener unidades psiquiátricas para cumplir las medidas de seguridad de internamiento o deben ser atendidos en la red psiquiátrica en unidades adecuadas a sus patologías y a su peligrosidad? Razone su respuesta

Entendemos que es preferible la atención por parte de la red psiquiátrica pública, pues aunque la legislación señala que la asistencia médica en prisión debe ser igual a la proporcionada en el ámbito ordinario, en la práctica no es así. Además, en la cárcel siempre prima el aspecto penitenciario frente al sanitario, por lo que la atención en la red ordinaria permitiría potenciar la asistencia terapéutica y no otros parámetros.

BIZKAIA

ADSIS BESTALDE

1. Misión de la entidad

Nuestra misión es **construir una sociedad más justa y solidaria** mediante la promoción integral de personas y grupos empobrecidos y excluidos. Llevamos a cabo esta labor a través de procesos de desarrollo individual y colectivo basados en la relación cercana, el acompañamiento y el servicio eficiente.

2. Objetivo del proyecto de intervención en prisión

Queremos dar respuesta a las personas que están privadas y exprivadas de libertad y a su problemática global, atendiendo especialmente a las causas que originan su "no integración social real". Con este programa pretendemos minimizar los obstáculos que impiden esa integración.

3. Centro penitenciario en el que interviene

Nanclares y Basauri.

4. Año de inicio de la intervención

1992.

5. Personal dedicado al proyecto

2 personas:
1 entrevistas.
1 grupo.
7 voluntarios.

6. Número de horas/días de intervención semanal

43 horas. Miércoles en Nanclares; lunes y jueves en Basauri; sábados cada quince días tanto en Nanclares como en Basauri.

Contabilizamos las horas de seguimiento personal, grupal, salidas terapéuticas, preparación de las reuniones, relación con la familia, abogados, junta de tratamiento,….

7. Número de personas atendidas el año pasado

Hombres	125	91,24%
Mujeres	12	8,75%
TOTAL	**137**	**100**

8. Número de personas con patología mental en el colectivo atendido (si lo sabe)

9. ¿Considera que los enfermos psiquiátricos son bien atendidos en prisión?

No.

10. ¿Qué necesidades detectan desde su entidad para la atención de estos pacientes?

- Mayor atención por parte de los trabajadores.
- Que tengan un plan personalizado adecuado a su patología y que exista un seguimiento de él
- Mayor observación en la evolución de sus patologías.
- Tener en cuenta a la hora de realizar salidas terapéuticas el alcohol, ya que estas personas tienen una medicación la cual agrava su enfermedad.
- Valorar los partes en función a su patología, ya que suelen estar muy relacionados.

11. ¿Considera que los centros penitenciarios deberían tener unidades psiquiátricas para cumplir las medidas de seguridad de internamiento o deben ser atendidos en la red psiquiátrica en unidades adecuadas a sus patologías y a su peligrosidad? Razone su respuesta

Creemos que deberían ser atendidos en la red psiquiátrica en unidades adecuadas a sus patologías y a su peligrosidad, ya que un medio como los centros penitenciarios agrava más sus patologías por no ser atendidos, por lo que supone

para estas personas el estar privadas de libertad, por estar expuestas al uso de las drogas, la toma de medicaciones y, en fin, porque si ya para personas que no tienen patologías la estancia en prisiones crea patologías, para personas con enfermedades psiquiátricas mucho más.

BIDESARI

1. Misión de la entidad

Responder a las necesidades cambiantes de las personas presas, trabajando su educación e incorporación social.

2. Objetivo del proyecto de intervención en prisión

Bidesari cuenta con cuatro proyectos de intervención que se desarrollan en prisión:

- Intervención con personas drogodependientes.
- Intervención con personas inmigrantes extranjeras.
- Animación sociocultural.
- Salidas programadas de fin de semana.

El objetivo común de todos ellos es favorecer la iniciación de procesos de cambio y el diseño de itinerarios de incorporación social dirigidos a tener su continuidad en el exterior del centro penitenciario.

En el exterior del centro penitenciario Bidesari cuenta con tres pisos destinados a la acogida e inserción de personas excarceladas y un centro de encuentro llamado Topaleku.

3. Centro penitenciario en el que interviene

CP de Basauri y CP de Nanclares de la Oca.

4. Año de inicio de la intervención

1995.

5. Personal dedicado al proyecto

En el interior del centro penitenciario interviene un equipo compuesto por 7 personas contratadas, con distintas dedicaciones, y unas 15 personas voluntarias.

6. Número de horas/días de intervención semanal

La extensión de la intervención dentro de la prisión varía en cada proyecto, pero supone presencias diarias en prisión y un total horario semanal de 35 horas.

7. Número de personas atendidas el año pasado

- Intervención con personas drogodependientes: 207 personas distintas.
- Intervención con personas inmigrantes extranjeras: 39 personas distintas.
- Salidas programadas: 16 personas distintas.
- Animación sociocultural: 361 personas.

8. Número de personas con patología mental en el colectivo atendido (si lo sabe)

Determinar el número exacto de personas con alguna patología mental no es tarea fácil, por encontrarnos ante personas que se encuentran en un contexto (la prisión) potenciador de trastornos adaptativos, de trastornos del estado de ánimo, así como un espacio donde socialmente van a parar personas con trastornos mentales severos (trastornos de personalidad, trastornos psicóticos), así como trastornos por uso de sustancias en su mayoría. Es por ello que cuantificar con exactitud es complicado. Eso sí, podemos afirmar que de las personas con las que desarrollamos nuestra intervención psicoeducativa, el 80% de ellas tiene una estructura de personalidad limite o psicótica, siendo el espectro de las neurosis una realidad escasa en el colectivo que atendemos y en el contexto donde desarrollamos nuestra intervención.

9. ¿Considera que los enfermos psiquiátricos son bien atendidos en prisión?

No. Muchos de los enfermos psiquiátricos llegan a prisión como última estación, después de haber fracasado el resto de los recursos. Cuando una persona no cabe en ningún sitio, entonces le queda la prisión como espacio poco adecuado para la patología que padece, pero al que se recurre con el fin de contener a la persona. Ella va a estar mal, pero al menos no va a causar problemas fuera. Esta es la idea que preside la llegada a prisión de muchas de las personas con las que hemos tenido contacto. El espacio donde llega la persona va activar sus síntomas; la descompensación se va manifestar en conductas disruptivas que en la prisión van a tener respuestas disciplinarias, no terapéuticas. La externalización de los síntomas lleva a sanciones, mientras que síntomas internalizados llevan a la persona a un estado depresivo-ansioso. Es por ello que las conductas autolíticas se multiplican y el riesgo de conductas suicidas también. La prisión no es el entorno más adecuado para las personas con patologías psiquiátricas. Se trata de un medio hostil, generador de estrés, de agresividad, en el que la convivencia no es sencilla, lo que dificulta la estabilidad de las personas enfermas. En un entorno como este, donde las herramientas terapéuticas escasean, donde lo educativo y tratamental está relegado por la seguridad, por la disciplina, es casi imposible establecer alianzas terapéuticas, imposibilitando una atención terapéutica y educativa de calidad.

También hay un colectivo importante de personas con enfermedad mental que llegan a prisión sin saber que lo son o al menos sin un diagnóstico claro de su enfermedad, lo que de raíz impide una buena atención. Las valoraciones diagnosticas que se realizan en este medio son escasas, y cuando existen están oscurecidas por la desconfianza, por el estado de hipervigilancia de la persona ante cualquier profesional que es visto como un “juez”, como alguien que va a “dañar”, imposibilitando valoraciones reales del estado mental de la persona e impidiendo que se dé una alianza terapéutica que facilite la adherencia al tratamiento posterior. Por otra parte, se carece de recursos humanos especializados necesarios para el tratamiento de estas personas, que en general sufren situaciones de abandono y desatención importantes.

Destacamos, en muchos casos, el abuso de la medicación farmacológica en estas personas, la no implementación de medidas por parte de la prisión para que en algunos casos se vaya realizando el ajuste farmacológico inmediato ante episodios floridos.

10. ¿Qué necesidades detectan desde su entidad para la atención de estos pacientes?

La necesidad de contar con profesionales especializados. En la mayoría de las ocasiones los profesionales disponibles cuantitativamente son grotescos para el número de personas con necesidad de atención psiquiátrica, psicológica inmediata.

La necesidad de contar con un diagnostico o hipótesis diagnóstica no como etiquetaje, sino como medio para poder realizar un plan de tratamiento individualizado.

La necesidad de contar con un seguimiento especializado, continuado. No solo atenciones en crisis, sino en la evolución de la persona para poder ir revisando la hipótesis diagnóstica y ajustar diagnósticos/tratamientos de manera individualizada.

La necesidad de salir de la prisión y evitarla como contexto abiertamente contraindicado para estas personas, accediendo a la red sanitaria pública.

La necesidad de dar una respuesta, crear recursos específicos desde la red sanitaria/comunitaria de manera específica a estas personas, que siguen estando olvidadas.

11. ¿Considera que los centros penitenciarios deberían tener unidades psiquiátricas para cumplir las medidas de seguridad de internamiento o deben ser atendidos en la red psiquiátrica en unidades adecuadas a sus patologías y a su peligrosidad? Razone su respuesta

Creemos que el sistema penitenciario no es el medio adecuado para que las personas con enfermedad mental cumplan las medidas de seguridad. El régimen penitenciario pone el acento en la parte regimental y punitiva de la pena, aspectos que priman sobre el tratamiento, que es lo esencial en las medidas de seguridad. Por más barniz que quiera dársele a unidades o módulos específicos para estas personas, si los mismos se encuentran dentro de los centros penitenciarios o del sistema penitenciario, todo se contamina y desvirtúa, y la prevalencia de la sanción sobre el tratamiento se vuelve inevitable. Como ya hemos señalado en la pregunta nueve, la prisión como contexto, como escenario conductual solo va a agravar el deterioro de estas personas, los síntomas se van a multiplicar, abonando el terreno para la comorbilidad, para la aparición de nuevos síntomas/descompensaciones producto de la prisionización, a lo que hay que añadir la propia patología mental de la persona. Es por ello que NO ES EL ESPACIO PARA CREAR UNIDADES ESPECIALIZADAS. Hay que apostar por darles cabida en recursos comunitarios específicos. Creemos que, en la medida de lo posible, estas personas deben integrarse en la red sanitaria pública. Además, en la CAPV los medios de la red pública son mucho más valiosos que los que el Ministerio del Interior pueda disponer.

Para los casos en que por su peligrosidad la integración en recursos normalizados no sea sencillo, entendemos que lo más oportuno sería la creación de unidades específicas para este tipo de pacientes en la red comunitaria, más que en el medio penitenciario, y que la prisión no sea utilizada como estación final en la que abandonar a quienes no tienen cabida en los actuales recursos normalizados. La prisión no puede convertirse en contenedor de estar personas, más bien en la realidad de ver qué sé hace, qué se diseña interdisciplinarmente para que la persona sea atendida con calidad y con el objetivo no de contener, sino de TRATAR.

Mientras esta situación no cambie algunas entidades, tratamos de acompañar en prisión y diseñar itinerarios individuales de tratamiento hacia el exterior.

FUNDACIÓN ETORKITZA

1. Misión de la entidad

Atención profesional a drogodependientes presos (preventivos o penados) en su solicitud de tratamiento para su rehabilitación e inserción social, a realizar extrapenitenciariamente cuando su situación judicial se lo permita.

2. Objetivo del proyecto de intervención en prisión

- Realizar una valoración de la demanda, diagnóstico psicopatológico, itinerario y pronóstico de tratamiento (con visitas personalizadas) para hacer viable su proceso de rehabilitación.
- Coordinación con el equipo de toxicomanías del centro penitenciario (condición indispensable).
- Coordinación con el equipo de observación y tratamiento del centro penitenciario.
- Coordinación con recursos sociales que aporten las condiciones (si procede) para el inicio del tratamiento extrapenitenciario.

3. Centro penitenciario en el que interviene

CP de Basauri.
CP de Nanclares.
Alianza con Agipad en el CP de Martutene.

4. Año de inicio de la intervención

Desde el año 1987; más de veinte años ininterrumpidos.

5. Personal dedicado al proyecto

Diplomado en enfermería.
Especialista en salud mental.
Trabajadora social.

6. Número de horas/días de intervención semanal

Una jornada por semana.

7. Número de personas atendidas el año pasado

Total: 174.

8. Número de personas con patología mental en el colectivo atendido (si lo sabe)

Patología mental grave: 9 casos.

9. ¿Considera que los enfermos psiquiátricos son bien atendidos en prisión?

Presentan déficit de atención y cuidados.

10. ¿Qué necesidades detectan desde su entidad para la atención de estos pacientes?

Reforzar el marco psicoterapéutico de atención a estas patologías con: el servicio médico del centro penitenciario, el equipo de toxicomanías, asociaciones de apoyo que coordinadamente configuren el plan individualizado de tratamiento.

11. ¿Considera que los centros penitenciarios deberían tener unidades psiquiátricas para cumplir las medidas de seguridad de internamiento o deben ser atendidos en la red psiquiátrica en unidades adecuadas a sus patologías y a su peligrosidad? Razone su respuesta

El trastorno mental asociado a la drogodependencia puede ser asumido por la red de salud mental pública y concertada (la evolución de los últimos años así lo señala).

En patología mental grave sería procedente el recurso de unidades de internamiento psiquiátrico penitenciario.

FUNDACIÓN GIZAKIA BIZKAIA

1. Misión de la entidad

Fundación Gizakia es una entidad sin ánimo de lucro, declarada de utilidad pública, promovida por la diócesis de Bilbao, que desarrolla acciones innovadoras y de calidad en los ámbitos de:

- Sensibilización y prevención frente a conductas de riesgo para la salud y el desarrollo integral de la persona.
- Asistencia a personas con adicciones.
- Inserción sociolaboral de colectivos de difícil empleabilidad.
- Todas ellas en un proyecto compartido con sus entornos familiares y sociales.

2. Objetivo del proyecto de intervención en prisión

Favorecer un proceso de inserción sociolaboral a personas drogodependientes privadas de libertad, definiendo itinerarios educativo-terapéuticos que posibiliten medidas alternativas al internamiento en centros penitenciarios y que permitan el desarrollo de los mismos.

3. Centro penitenciario en el que interviene

Nanclares de la Oca (Araba/Álava) y Basauri (Bizkaia). Se atiende a personas presas en otras prisiones del Estado que así lo solicitan a través de una coordinación con los equipos de tratamiento de las mismas o las personas responsables de los programas Proyecto Hombre u otras instituciones que estén interviniendo con ellas.

4. Año de inicio de la intervención

De forma estructurada, desde el año 1992. Anteriormente se hacía en respuesta a demandas concretas de personas presas a través de visitas para conocer el caso.

5. Personal dedicado al proyecto

EQUIPO DE INTERVENCIÓN DIRECTA EN PRISIÓN:

2 educadores/as sociales.

EQUIPO EXTERNO, la misma se coordina y contrasta con:

1 licenciado/a en psicología.

1 orientador/a sociolaboral.

1 médica.

1 licenciada en psicología responsable del programa de familias.

Además está el equipo que atiende a las personas una vez que se han incorporado al tratamiento en cada una de las fases del mismo y el de refuerzo para las 8 plazas de patología dual (diagnóstico psiquiátrico-dependencias a sustancias-sentenciadas).

6. Número de horas/días de intervención semanal

9 horas semanales de atención directa.

6 horas semanales de gestión y coordinación.

4 reuniones mensuales con equipos de tratamiento y de intervención en toxicomanías.

7. Número de personas atendidas el año pasado

148 personas: 9 mujeres y 139 hombres.

8. Número de personas con patología mental en el colectivo atendido (si lo sabe)

En torno al 26% de las personas atendidas tenían un diagnóstico de patología mental. Creemos que el número es bastante mayor, dado que hay un importante número de personas no diagnosticadas cuyas pautas farmacológicas hacen pensar que pueden padecer una enfermedad mental.

9. ¿Considera que los enfermos psiquiátricos son bien atendidos en prisión?

Considero que la prisión no es el lugar adecuado para personas con enfermedad mental, dado que el sitio donde las mismas tengan que desarrollar su vida debería depender de las necesidades del tratamiento en función del diagnóstico y obviamente de las condiciones de seguridad que den garantías a las víctimas y a la sociedad en general.

10. ¿Qué necesidades detectan desde su entidad para la atención de estos pacientes?

1. La necesidad de que exista un diagnóstico para poder adecuar cualquier itinerario o atención a la situación concreta de la persona.
2. Concienciar a las instituciones jurídico-penitenciarios sobre el hecho de que los itinerarios y las medidas se deben hacer también en función de la patología y no solo en función de los años de condena y de las medidas de protección al resto de las personas.
3. Emisión de informes en el momento en que la persona es excarcelada que faciliten su atención: diagnósticos, medicaciones, atención a las citas médicas psiquiátricas (en los casos de los diagnósticos establecidos en prisión, las mismas se mantienen en las provincias de las prisiones

donde estaban y no en los lugares donde son excarceladas; ahí se inicia una lista de espera como para el resto de la sociedad).

4. Posibilitar la tramitación de minusvalías, discapacidades… ya desde el centro penitenciario, para que en el momento en que esté en libertad pueda al menos contar con ese recurso.
5. Concienciar sobre la toma de la medicación: dependiendo de prisiones, las toman en presencia o las gestionan las mismas personas.
6. Habilitar más recursos de larga permanencia y optimizar la utilización de los que ya existen con mayor número de medidas alternativas (estableciendo acuerdos con límites y normas que atiendan a la enfermedad mental y/o a la patología dual).
7. Trabajar con las familias durante la permanencia en prisión. Favorecer educación a las mismas y medidas de apoyo que les permitan conocer la enfermedad de sus familiares y cómo abordarla.

11. ¿Considera que los centros penitenciarios deberían tener unidades psiquiátricas para cumplir las medidas de seguridad de internamiento o deben ser atendidos en la red psiquiátrica en unidades adecuadas a sus patologías y a su peligrosidad? Razone su respuesta

Me remito a respuestas anteriores. Creo que deben ser atendidas en unidades que respondan a sus problemáticas de forma integral (patologías-peligrosidad), pero mientras están en prisión se debería mejorar la atención.

PASTORAL PENITENCIARIA BIZKAIA

Desde Pastoral Penitenciaria algunas de las preguntas no podemos contestar, ya que no disponemos de proyectos concretos, pero diariamente se visita a los presos de la prisión de Basauri y se les acompaña. No se puede catalogar a cuántas personas se atiende, pero sí lo que a algunas preguntas, desde nuestro contacto directo, podemos aportar.

9. ¿Considera que los enfermos psiquiátricos son bien atendidos en prisión?

Consideramos que en general no están bien atendidos. En muchos casos, un exceso de medicación; en momentos de crisis, poca atención personalizada. Respecto a la medicación, vemos que en muchas ocasiones no se toma supervisada, lo que provoca un descontrol en la persona. En muchas ocasiones percibimos que son las personas que menos ocupado tienen el tiempo.

11. ¿Considera que los centros penitenciarios deberían tener unidades psiquiátricas para cumplir las medidas de seguridad de internamiento o deben ser atendidos en la red psiquiátrica en unidades adecuadas a sus patologías y a su peligrosidad? Razone su respuesta

Nosotros consideramos que estas personas deberían estar atendidas en la red psiquiátrica en las unidades más adecuadas a sus patologías, ya que vemos que es más "saludable" para la persona, se atiende, se mejora la calidad de las personas, hay más profesionales que atienden las variaciones, las medicaciones están mejor dispensadas, hay más recursos y posibilidades para iniciar el cambio en las personas.

SALHAKETA BIZKAIA

1. Misión de la entidad

Solidaridad activa con las personas presas a base de acompañamiento social, apoyo jurídico-penitenciario y denuncia de todas las violaciones de derechos de las que sean objeto.

2. Objetivo del proyecto de intervención en prisión

Actualmente no tenemos ningún proyecto de intervención dentro de prisión. Desde el exterior y a través de visitas y correspondencia buscamos desarrollar la solidaridad activa antes descrita con todas las personas presas que se ponen en contacto con nosotr@s.

3. Centro penitenciario en el que interviene

Centros de todo el Estado español, especialmente los de la CAPV.

4. Año de inicio de la intervención

Julio de 1982.

5. Personal dedicado al proyecto

1 persona contratada y 13 personas voluntarias.

6. Número de horas/días de intervención semanal

El horario de asistencia en sede es de 35 horas semanales de lunes a viernes, al que hay que añadir las visitas y cartas que puedan realizarse fuera de la oficina y/o en fines de semana.

7. Número de personas atendidas el año pasado

En el año 2010 se atendió a 209 pres@s de todo el Estado. De estas intervenciones, 135 fueron puntuales y 74 fueron de larga duración (aquellas personas con las que la relación se prolonga por más de un año).

8. Número de personas con patología mental en el colectivo atendido (si lo sabe)

Solo podemos confirmar el dato de 16 personas, de las 74 con las que mantenemos intervenciones de larga duración, de las que nos consta que tienen patologías psiquiátricas. Esto no implica que el resto de las 193 personas atendidas en 2010 no tengan ningún tipo de patología, sino que desconocemos este dato.

9. ¿Considera que los enfermos psiquiátricos son bien atendidos en prisión?

No. En muchas ocasiones no están teniendo ni siquiera el acceso mínimo necesario a profesionales de la psicología/

psiquiatría que sus problemáticas requieren, lo que dificulta que reciban los tratamientos adecuados a sus dolencias. Este problema, que es común a todas las cuestiones relacionadas con la salud, es especialmente grave en las cuestiones de salud mental, puesto que tampoco hay el acceso a especialistas externos a prisión que puede llegar a tenerse en otro tipo de enfermedades.

10. ¿Qué necesidades detectan desde su entidad para la atención de estos pacientes?

Ante todo, un diagnóstico adecuado por parte de los sanitarios encargados del tratamiento dentro de prisión. Conocemos casos en los que diagnósticos y tratamiento de equipos médicos extrapenitenciarios son ignorados por los equipos penitenciarios cuando el paciente ingresa en prisión, o no son seguidos de forma adecuada. A veces, el problema es la falta de comunicación entre equipos; otras veces, los problemas son la falta de recursos tanto materiales como humanos de los equipos penitenciarios.

Cuando la patología es sobrevenida dentro de prisión, volvemos a encontrarnos con los mismos problemas de diagnóstico, en este caso en forma de retraso en la detección y/o error en la consideración de su tipo o gravedad, lo que puede haber llevado en ocasiones a tratamientos inadecuados. Las dos situaciones antes descritas implican una serie de necesidades básicas que serían:

- NECESIDAD DE UN EQUIPO DE EXPERTOS EN SALUD MENTAL bien dotado de recursos tanto humanos como materiales para el desarrollo de diagnósticos y tratamientos adecuados.
- NECESIDAD DE COMUNICACIÓN entre los equipos médicos penitenciarios y extrapenitenciarios, tanto para aquellas personas que han sido diagnosticadas y tratadas antes de su ingreso en prisión como en los casos en que las personas diagnosticadas y tratadas en prisión recuperan la libertad y deben continuar el tratamiento fuera de prisión.

11. ¿Considera que los centros penitenciarios deberían tener unidades psiquiátricas para cumplir las medidas de seguridad de internamiento o deben ser atendidos en la red psiquiátrica en unidades adecuadas a sus patologías y a su peligrosidad? Razone su respuesta

En principio y por cuestiones terapéuticas, consideramos que la cárcel no es el espacio adecuado para tratar las enfermedades mentales y, por lo tanto, aquellas personas con problemáticas mentales graves no deben ingresar en prisión y deben recibir tratamiento en unidades extrapenitenciarias que se adecuen a sus necesidades. No obstante, para aquellas personas con problemáticas menos graves, con independencia de que en momentos puntuales (brotes psicóticos, ausencias prolongadas, etc.) deban ser excarcelados para su tratamiento, mientras estén en prisión deberían contar con espacios diferenciados al del resto de las personas presas, en los que el tratamiento médico-psiquiátrico centrara la prioridad de su cumplimiento penitenciario en combinación con aquellos otros factores que los expertos en salud mental consideraran prioritario para cada caso (farmacoterapia, psicoterapia, terapias laborales y/o artísticas, etc.). Por lo tanto, consideramos que deberían considerarse tres espacios diferenciados: primero, un espacio penitenciario estándar en el que no debería haber ninguna persona con enfermedad mental; segundo, un espacio penitenciario en el que se priorice el tratamiento sanitario de aquellas personas con problemáticas psicosanitarias leves (personas diagnosticadas y controladas con las terapias prescritas que puedan aplicarse en prisión, sin que esto suponga un agravamiento de su estado); y un tercer espacio fuera de prisión para aquellas personas con problemáticas más en fase de diagnosis o con afecciones más graves, o que presenten afecciones que se puedan agravar con la estancia en prisión, bien porque esta dificulte el tratamiento o porque el tratamiento y/o la enfermedad sean incompatibles con una privación de libertad.

Como norma, cualquier enfermedad o proceso personal en el que la privación de libertad en un espacio penitenciario sea un agravante o presente incompatibilidades con el tratamiento debe conllevar una excarcelación terapéutica y un ingreso en otro espacio adecuado al tratamiento de la patología que se trate. Si la persona enferma puede continuar dentro del espacio penitenciario, debería hacerlo o en la enfermería o en espacios especialmente enfocados al cuidado de la patología, y separada del resto de la población penitenciaria siempre que el propio tratamiento médico no indique lo contrario.

ZUBIKO

1. Misión de la entidad

- ZUBIKO somos una asociación de acción social de la CAPV cuya finalidad es la inserción social y laboral del colectivo de personas con problemas penales y/o penitenciarios, y consideramos el empleo como la llave que abre puertas a los proceso de inclusión.
- Por ello, ofrecemos un acompañamiento integral de alta intensidad basado en programas especializados de media/alta exigencia pero, sobre todo, desde la cercanía, para posibilitar que las personas avancen en su propio proceso. A este acompañamiento le llamamos ZUBIA.
- Desarrollamos nuestra labor de acompañamiento social a través de la orientación sociolaboral personalizada, la intervención socioeducativa y psicosocial y la atención sociojurídica, y buscamos que las personas entiendan la situación en la que se encuentran y cómo avanzar, las razones que le han llevado a esa situación, afrontar satisfactoriamente la condena, minimizando las consecuencias del encarcelamiento, evitar recaídas, etc.
- Además, acompañamos y apoyamos también a las personas familiares, pretendiendo evitar que el encarcelamiento no desestructure a las personas de su unidad familiar, ya que entendemos que los núcleos de convivencia son claves para las personas con problemas penales.
- En ZUBIKO tendemos puentes a la sociedad y buscamos desestigmatizar socialmente al colectivo de personas con problemas penales, porque la mejor seguridad que podemos ofrecer a nuestra sociedad es la prevención social

Vista anterior

y que estas personas puedan aportar algo a ella. Para ello es necesario que facilitemos oportunidades para que vuelvan a tener su lugar en la comunidad.

- Aplicamos el enfoque proequidad entre hombres y mujeres en nuestra intervención socioeducativa y buscamos sobre todo cambiar estereotipos y mentalidades contrarias arraigadas profundamente en la cultura de las prisiones. Buscamos deslegitimizar la violencia machista y visibilizarla en su justa medida.
- En ZUBIKO nos coordinamos con otras entidades buscando además la complementariedad con otros programas y actuaciones, y trabajamos estrechamente con las instituciones penitenciarias, buscando un mayor desarrollo de su intervención social.
- Buscamos además el desarrollo personal y profesional de las personas de nuestros equipos, promoviendo la identidad colectiva, la adhesión y el sentido de pertenencia.

2. Objetivo del proyecto de intervención en prisión

a) Adelantar el inicio del proceso de inserción de la persona presa, de manera que esta salga en libertad orientada y con un conocimiento del mercado laboral al que pretende acceder.
b) Preparar a la persona presa para la salida en libertad.
c) Minimizar en la persona presa las consecuencias del encarcelamiento.

3. Centro penitenciario en el que interviene

Centro Penitenciario de Nanclares de la Oca (Araba/Álava) y Basauri (Bizkaia).

4. Año de inicio de la intervención

2002.

5. Personal dedicado al proyecto

Intervención directa: psicóloga y abogada.

Apoyo en la intervención: orientadores/as laborales.

6. Número de horas/días de intervención semanal

Las 2 personas que intervienen en el interior de los dos centros penitenciarios realizan 1 visita semanal a cada uno de ellos. Número de horas de intervención semanal por centro penitenciario: 6-7 horas/semanales.

7. Número de personas atendidas el año pasado

Hombres	Mujeres	TOTAL
102	5	**107**

8. Número de personas con patología mental en el colectivo atendido (si lo sabe)

Hombres	Mujeres	TOTAL
18	1	**19**

9. ¿Considera que los enfermos psiquiátricos son bien atendidos en prisión?

No, incluso no hace mucho la secretaria de Instituciones Penitenciarias lo reconoció. La prisión no es lugar para el tratamiento de la enfermedad mental y, además, no se dispone de los profesionales mínimos necesarios para proporcionar una atención adecuada.

10. ¿Qué necesidades detectan desde su entidad para la atención de estos pacientes?

Faltan profesionales especializados y programas específicos para estos enfermos. Además, consideramos que la prisión no es un entorno adecuado para el tratamiento sino al contrario, lo perjudica.

11. ¿Considera que los centros penitenciarios deberían tener unidades psiquiátricas para cumplir las medidas de seguridad de internamiento o deben ser atendidos en la red psiquiátrica en unidades adecuadas a sus patologías y a su peligrosidad? Razone su respuesta

Como se ha indicado anteriormente, consideramos que la prisión no es el medio adecuado para tratar las enfermedades mentales. Supone un medio hostil, violento, que no permite un tratamiento adecuado de la enfermedad mental. Por ello, entendemos que el cumplimiento de medidas de seguridad de internamiento debería realizarse en unidades adecuadas de la red psiquiátrica.

Existe una falta notable de recursos en la red sanitaria para atender a las personas enfermas mentales, pero sería necesario dotar a la red psiquiátrica de unidades adecuadas a las patologías y peligrosidad de personas en cumplimiento de medidas de seguridad. Todo ello con el fin de posibilitar el tratamiento adecuado de la enfermedad mental, que en el caso de medidas de seguridad habían determinado la actividad delictiva.

GIPUZKOA

CRUZ ROJA GIPUZKOA

1. Misión de la entidad

Nuestra **misión** es estar cada vez más cerca de las personas vulnerables en los ámbitos nacional e internacional a través de acciones de carácter preventivo, asistencial, rehabilitador y de desarrollo.

Los principios fundamentales son el Código de Conducta e Ideario del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, y constituyen las señas de identidad de la institución en todos los ámbitos y niveles de actuación. Estos principios son humanidad, universalidad, independencia, neutralidad, imparcialidad, unidad y carácter voluntario.

2. Objetivo del proyecto de intervención en prisión

Atención a personas extranjeras/inmigrantes privadas de libertad en el Centro Penitenciario de San Sebastián

Un objetivo humanitario: lograr proporcionar recursos personales y sociales a las personas privadas de libertad que carecen de redes sociales de apoyo, dedicando especial esfuerzo al colectivo de internos/as extranjeros/as, dada su situación específica motivada por la legislación de extranjería.

Un objetivo de contención, prevención del delito y reinserción social: se intenta lograr este objetivo mediante la gestión personal de cada situación: apoyo en los procesos de documentación (permisos de residencia, pasaportes, gestiones consulares, etc.), penales (asunción de responsabilidades, coordinación con abogados/as, etc.), penitenciarios (coordinación con equipo de tratamiento) y de inserción sociolaboral (diseño y planificación de cursos y sesiones de formación prelaboral).

3. Centro penitenciario en el que interviene

Martutene (Donostia-San Sebastián).

4. Año de inicio de la intervención

2004.

5. Personal dedicado al proyecto

1 persona a jornada completa.

6. Número de horas/días de intervención semanal

39 horas semanales. El programa está ubicado en la prisión y entra diariamente a interior.

7. Número de personas atendidas el año pasado

104.

8. Número de personas con patología mental en el colectivo atendido (si lo sabe)

Lo desconozco. No se analiza este ítem.

9. ¿Considera que los enfermos psiquiátricos son bien atendidos en prisión?

Creo que faltan recursos sanitarios específicos, como una atención psiquiátrica permanente e incorporada en los servicios médicos. Se ha mejorado la atención: ahora acude el psiquiatra quincenalmente y no mensualmente como antes.

También se hace necesaria mayor supervisión en la toma de medicación y canalizar espacios de coordinación con los servicios médicos, como ya se viene realizando muy satisfactoriamente con el Departamento de Trabajo Social y Tratamiento.

10. ¿Qué necesidades detectan desde su entidad para la atención de estos pacientes?

Mayor coordinación con la red psiquiátrica externa por parte de los servicios médicos.

Figuras de acompañamiento que puedan acompañar a internos con patología psiquiátrica a centros de día, ya que nos encontramos con que requieren de dicho acompañamiento para ir y venir internos en tercer grado y 100.2 a quienes sus familias no pueden acompañar.

Recursos externos de baja exigencia.

Incorporación de un programa de intervención multidisciplinar para este colectivo como el PAIEM.

11. ¿Considera que los centros penitenciarios deberían tener unidades psiquiátricas para cumplir las medidas de seguridad de internamiento o deben ser atendidos en la red psiquiátrica en unidades adecuadas a sus patologías y a su peligrosidad? Razone su respuesta

Ambas opciones son necesarias. En muchos casos sería conveniente el cumplimiento en la red externa, ya que el internamiento agrava su patología, pero existen casos de falta de capacidad para un funcionamiento autónomo y de desadaptación social que exigen una intervención en internamiento.

FUNDACION IZAN

1. Misión de la entidad

Fundación Izan se constituyó en el año 1983 como una entidad privada sin ánimo de lucro para impulsar la creación, el desarrollo y el perfeccionamiento de toda clase de actividades y servicios en el campo del tratamiento de las drogodependencias. Por ello, promueve la apertura del Programa Proyecto Hombre para la atención integral de drogodependientes y sus familias.

En el año 1997 amplía su ámbito de actuación, creando el programa Norbera, que aborda las diferentes problemáticas propias del adolescente en situación de riesgo o desprotección y de sus familias.

Se atiende a cualquier persona que solicite sus servicios, sin distinción por sexo, raza, creencia, situación de salud mental y física, grado de exclusión social y problemática judicial en que se encuentre.

Se realiza un abordaje integral de las situaciones, prestando atención a aspectos personales, familiares, formativo-laborales y sociales.

La intervención individual y grupal se fundamenta en un estilo de relación empática y parte de la confianza en las capacidades de la persona afectada y de su familia para afrontar y superar sus dificultades.

2. Objetivo del proyecto de intervención en prisión

- Cambiar el hábito de consumo de sustancias tóxicas.
- Asumir la realidad personal como drogodelincuente.
- Iniciar una anamnesis personal.
- Posibilitar la excarcelación e ingresar en Proyecto Hombre Gipuzkoa.

3. Centro penitenciario en el que interviene

Centro Penitenciario de San Sebastián.

Vista anterior

4. Año de inicio de la intervención

1985.

5. Personal dedicado al proyecto

- 3 terapeutas.
- 1 abogado criminólogo.

6. Número de horas/días de intervención semanal

4 horas.

7. Número de personas atendidas el año pasado

42 internos.

19 ingresados en Proyecto Hombre Gipuzkoa.

8. Número de personas con patología mental en el colectivo atendido (si lo sabe)

9. ¿Considera que los enfermos psiquiátricos son bien atendidos en prisión?

Es necesaria, tras la trasferencia del personal médico de Osakidetza, la inclusión del servicio de salud mental al igual que en la red exterior. Ello es debido a un importante aumento de internos con graves problemas mentales sin seguimiento psiquiátrico de continuo.

10. ¿Qué necesidades detectan desde su entidad para la atención de estos pacientes?

Nos remitimos a la respuesta anterior.

11. ¿Considera que los centros penitenciarios deberían tener unidades psiquiátricas para cumplir las medidas de seguridad de internamiento o deben ser atendidos en la red psiquiátrica en unidades adecuadas a sus patologías y a su peligrosidad? Razone su respuesta

Salvo en casos de extrema peligrosidad, deben de ser atendidos por la red psiquiátrica con unidad de salud mental dentro de los servicios médicos, al igual que en la red externa de Osakidetza. Teniendo una continuidad en los profesionales, podrían llegar a conocer y empatizar con los internos.

Las unidades psiquiátricas penitenciarias, salvo en casos graves, pueden generar mayor aislamiento e institucionalización en estos internos, que podrían llevar, sin embargo, un tratamiento psiquiátrico en su propio centro penitenciario de referencia, valorándose siempre la gravedad de la patología.

IRESGI

ENTIDAD: INSTITUTO VASCO DE INSERCIÓN SOCIAL Y VICTIMOLOGÍA-IRESGI.

PROYECTOS DE INTERVENCIÓN:

- SERVICIO DE INSERCIÓN SOCIOLABORAL.
- PROGRAMA DE INTERVENCIÓN SOCIOCULTURAL Y DEPORTIVO

1. Misión de la entidad

El instituto, en adelante IRESGI, tiene como fines, entre otros:

- Promover y realizar programas de asistencia integral y multidisciplinar que preserven y promocionen los derechos de las personas en riesgo de exclusión social, conductas antisociales, delictivas y/o privadas de libertad en cuanto a educación, cultura, desarrollo personal integral, accesos a servicios sociales y que garanticen las herramientas necesarias para una eficaz inserción y reinserción sociolaboral.
- Sensibilizar a la sociedad de la situación y necesidades de las personas en riesgo de exclusión social, con el fin de facilitar su reinserción sociolaboral.
- Colaborar en la ruptura del aislamiento para con su medio sociolaboral que sufren las personas privadas de libertad, dando a conocer la cultura vasca.
- Colaborar con las instituciones públicas o privadas en la difusión y/o realización de programas y/o actividades que coincidan con los fines de esta asociación.

2. Objetivo del proyecto de intervención en prisión

OBJETIVOS GENERALES DEL ÁREA LABORAL:

- Desarrollar una herramienta o estrategia novedosa que posibilite la inserción sociolaboral de las personas presas, facilitando una derivación desde el interior al exterior de la cárcel más sencilla y no tan burocrática.
- Favorecer itinerarios de inserción laboral que posibiliten la superación de situaciones de exclusión, desarrollando actividades de formación específica de inserción laboral dentro de prisión.
- Promover la participación y la inclusión social mediante el desarrollo de las capacidades del individuo, realizando intervenciones para mejorar o aprender habilidades sociales encaminadas a iniciar relaciones en el exterior, mejorar las relaciones preexistentes y acceder al mercado laboral.
- Ofrecer servicios orientados a cubrir las necesidades básicas de atención psicosocial de una manera integral, creando y apoyando programas dentro y fuera de la cárcel que trabajen las actitudes y aptitudes que favorecen la empleabilidad como la motivación personal y laboral.
- Implementar nuestros servicios mediante el trabajo en red y la coordinación con otras asociaciones e instituciones, con el fin de ofrecer apoyo integral a las personas que salen de prisión: techo, comida e inserción laboral, de cara a una futura independencia.
- Sensibilizar a la sociedad y con tratadores, de cara a facilitar la inserción sociolaboral de este colectivo.

OBJETIVOS GENERALES DEL ÁREA PSICOSOCIAL. ACTIVIDADES SOCIOCULTURALES Y DEPORTIVAS:

- Contribuir a la mejora de la atmósfera general de la prisión.
- Contribuir a la ruptura del aislamiento de la prisión respecto a su medio comunitario e institucional.
- Ayudar a mejorar las relaciones interpersonales entre los internos y potenciar el autoconocimiento y la autoestima en ellos, al descubrir dimensiones personales, cualidades, capacidades y posibilidades hasta ahora desconocidas.
- Crear espacios de encuentro y relación donde se establezcan relaciones entre unos y otros que no se midan por los clichés propios de la cárcel.
- Introducir ofertas socioculturales que redunden en beneficio del crecimiento cultural de los internos.
- Ocupar espacios muertos con una actividad motivadora, educando para el tiempo libre.
- Atajar la ansiedad y la depresión por medio de las actividades.
- Desarrollar la autonomía y la capacidad crítica.
- Desarrollar habilidades sociales y creativas para obtener las herramientas necesarias de cara a la reinserción social.
- Potenciar el euskera mediante la publicación en el tablón de anuncios de las actividades que se van a desarrollar en la cárcel y la realización de cursos en esta lengua.
- Conseguir hábitos de práctica deportiva habitual entre la población interna.
- Mejorar la calidad de vida de los mismos
- Acostumbrarse a mantener rutinas de trabajo y entrenamiento
- Planificar y organizar actividades y metodologías que apoyen el tratamiento y la prevención de drogodependencias.
- Que la línea general de toda la programación tenga como fin último facilitar la reinserción social.

3. Centro penitenciario en el que interviene

Centro Penitenciario de Martutene.

4. Año de inicio de la intervención

- Programa de intervención sociocultural y deportivo: año 1992.
- Servicio de inserción sociolaboral: año 2010.

5. Personal dedicado al proyecto

- Educadoras sociales : 3.
- Monitores específicos : 3.
- Voluntariado impartiendo cursos: 2.
- Alumnos de la UPV/EHU en prácticas : 4.
- Voluntariado colaborando en actividades concretas: unos 20.

6. Número de horas/días de intervención semanal

- Educadores sociales: 40 horas semanales, 6 días a la semana.
- Monitores específicos: de 2 a 4 horas semanales, dependiendo del curso.
- Alumnos de la UPV/EHU: 135 horas por curso académico.
- Voluntariado para actividades concretas: 2 horas por actividad.
- Voluntariado impartiendo cursos: 2 horas a la semana.

7. Número de personas atendidas el año pasado

En total, unas 1.000 personas atendidas en 2010: mujeres y hombres en segundo y tercer grado de todos los departamentos, incluido enfermería.

8. Número de personas con patología mental en el colectivo atendido (si lo sabe)

En la actualidad hay 141 personas con tratamientos psicotrópicos, entre los que se incluyen diversas patologías mentales.

9. ¿Considera que los enfermos psiquiátricos son bien atendidos en prisión?

Los enfermos psiquiátricos son, ante todo, personas enfermas y como tal se las debiera tratar. En prisión son primero presos y ello condiciona su tratamiento.

10. ¿Qué necesidades detectan desde su entidad para la atención de estos pacientes?

Dependencias adecuadas, actividades tratamentales específicas a sus necesidades y personal cualificado y preparado para tratar este tipo de enfermos, tanto a nivel del equipo médico como de funcionariado en general.

Además, sería necesario mayor implicación en la preparación de la salida de prisión y/o derivaciones para evitar recaídas, trabajando el área laboral, social, familiar y personal.

11. ¿Considera que los centros penitenciarios deberían tener unidades psiquiátricas para cumplir las medidas de seguridad de internamiento o deben ser atendidos en la red psiquiátrica en unidades adecuadas a sus patologías y a su peligrosidad? Razone su respuesta

Las personas enfermas deberían de ser tratadas en primer lugar como enfermas, independientemente de su situación penitenciaria, garantizando sus derechos como enfermas y esto solo es posible integrándolas en la red psiquiátrica.

Enfermedad mental y privación de libertad son realidades que conducen a la estigmatización, a la marginación y al olvido. Es imprescindible para una sociedad democrática, socialmente avanzada y respetuosa con los derechos humanos, poder atender adecuadamente a las personas con una enfermedad mental grave y promover, en el caso de que se encuentren en prisión, su pronta excarcelación y su acogida en la comunidad.

Las dificultades, los estigmas y las etiquetas se pueden superar con estrategias educativas, de apoyo a las entidades y organizaciones sociales, y de coordinación entre los departamentos de sanidad y bienestar social. Sabemos que la

Vista anterior

atención comunitaria a las personas con enfermedad mental es "*una realidad en marcha, aunque plagada de insuficiencias*" y un proyecto que se debe "*completar y adaptar con una adecuada planificación y gestión y un apoyo social, político y económico claro y decidido que permita desarrollar un completo y suficiente sistema de apoyo comunitario para avanzar en la mejora de la situación del colectivo de personas con enfermedades mentarles crónicas*" (Sobrino y Rodríguez, 2007, 28). ¿Será realidad algún día la creación de ese centro especializado en la comunidad para atender a los enfermos mentales graves que están en prisión?

Algunas notas para apoyar lo que afirmamos:

1. El Ararteko, en su informe del año 2007, y respecto de la atención psiquiátrica que se presta en las prisiones de la Comunidad Autónoma del País Vasco, expone que "*el movimiento desinstitucionalizador que la sanidad psiquiátrica experimentó en los años setenta no produjo, como hubiera sido deseable, una atención comunitaria más humana y especializada que la que ofrecían los manicomios, sino que éstos se vieron sustituidos por las cárceles como respuesta de hecho ante la peligrosidad potencial de algunos de los que eran sus usuarios habituales*" (2008, 506). El Defensor del Pueblo Andaluz, en su informe sobre la situación de los enfermos mentales internados en centros penitenciarios andaluces, manifiesta que "*la conclusión más rotunda por parte de todas las instancias que han participado en este trabajo es que el enfermo mental no cumple ningún papel en la cárcel y que, por su parte, las cárceles no están para tratar enfermos mentales"* (1998, 2). Tal y como nos recuerda Okasha, Presidente de la World Psychiatric Association (2004, 2), "*el encarcelamiento de los enfermos mentales es una violación*" de la Resolución de Naciones Unidas de 1991 sobre los derechos humanos de los pacientes psiquiátricos y de la Declaración de Madrid (que obliga a que los enfermos mentales encarcelados tengan un tratamiento en instituciones adecuadas y a ser atendidos con los métodos menos restrictivos posibles).
2. La legislación penitenciaria permite, con un abanico muy amplio de medidas que desarrollan el régimen abierto, la libertad condicional o la excarcelación de las personas presas enfermas, dar una respuesta a esta situación. Sin embargo, los enfermos mentales siguen en prisión y cuando son excarcelados, muchos de ellos, al carecer de apoyo familiar, continúan ese devenir que les lleva a los albergues, la calle, la marginación o nuevamente a prisión, en una situación de "*puerta giratoria*" o de "*ejército de actores*" que van del hospital psiquiátrico a la cárcel. Desarrollaremos en las siguientes páginas una idea: la necesidad ética, humana, legal, sanitaria y social de la excarcelación de estos enfermos y su correcta atención en recursos de acogida, terapéuticos, ocupacionales o de otro tipo en la comunidad. Y para ello hay que poner en marcha, con urgencia, esos recursos de acogida que en la actualidad no existen.
3. El perfil básico de las personas que se encuentran cumpliendo una pena privativa de libertad en España es el siguiente: el 92% son hombres; el 82% tienen entre 18 y 40 años; el 35% son extranjeros; solo el 15% cumple la condena en régimen abierto –el resto lo hace en el interior de los módulos de la prisión–; el 85% está condenado por cometer delitos contra la salud pública o contra la propiedad; el 9% está afectado por el VIH-Sida y un 25% tiene algún tipo de diagnóstico psiquiátrico; el 30% de los internos ha estado alguna vez en tratamiento de drogodependencias en la prisión y un 21% lo mantiene en la actualidad (Ministerio del Interior, 2006, 2009).
4. Las últimas décadas han supuesto para las personas con una enfermedad mental grave y crónica cambios positivos y mejoras en su atención médica y social. **Pero son también destacadas las insuficiencias** y el "*escaso desarrollo de recursos de rehabilitación y soporte social, lo cual supone un lastre esencial para la adecuada atención comunitaria de esta población y, por supuesto, para sus posibilidades de mantenimiento y progresiva reinserción social*" (Sobrino y Rodríguez, 2007, 27). El proceso de desinstitucionalización ha provocado fenómenos graves, como la presencia de un porcentaje elevado de enfermos mentales en prisión o en la calle, y el fenómeno de los "*pacientes de puerta giratoria*" (los enfermos que necesitan ingresos hospitalarios frecuentes y transitan del hospital a un recurso residencial o albergue, o a la prisión, o a la calle…)[20]. No ha habido planificación suficiente para valorar los recursos comunitarios que eran necesarios implementar y la adecuación al perfil de los pacientes, provocando que se dé un movimiento social "dirigido hacia la resolución de las injusticias provocadas por la desinstitucionalización" (Arboleda-Flórez, 2006, 89).
5. De lo que venimos exponiendo hasta ahora, podemos subrayar dos ideas:
   1ª) Las normas jurídicas, tanto las del ámbito penitenciario como las sanitarias (Constitución, Ley Orgánica General Penitenciaria, Ley General de Sanidad, Reglamento Penitenciario, etc.), establecen un modelo basado en la reinserción social y la reeducación; el cuidado de la salud física y mental de la población reclusa; la búsqueda de la implicación de la sociedad, de las administraciones públicas y de las entidades sociales en las acciones que se emprendan con las personas privadas de libertad; y específicamente para la atención psiquiátrica, se defiende claramente un modelo de atención comunitaria basado en la desinstitucionalización, el desarrollo de dispositivos y recursos que atiendan al paciente en su entorno más cercano y un enfoque integrado de la atención multidimensional (biopsicosocial) que tenga en cuenta los niveles de prevención, atención y rehabilitación. Pero además de mencionar el espacio legal, no podemos olvidar que en lo comunitario

[20] Sestoft (2006, 95), al referirse al elevado número de presos con patologías mentales –hecho que no debería ser aceptable ni para los pacientes ni para la sociedad–, recoge la descripción que realizó John Gunn ("Criminal behaviour and mentaldisorder", Br J Psychiatry 1977, 130, 317-329) del ejército de actores que van del hospital a la cárcel *"para después refugiarse en su hogar y volver de nuevo a empezar como si fueran un ejército de actores dando vueltas una y otra vez, causando la impresión de que su elevado número se justifica simplemente por el hecho de que no poseemos instalaciones adecuadas para atenderlos".*

participan numerosas organizaciones sociales y de afectados y familiares, entidades, organizaciones, profesionales y diferentes movimientos y personas en barrios y ciudades que reclaman una atención correcta y con recursos suficientes para los pacientes con enfermedad mental y para los que se encuentran privadas de libertad (por ejemplo, véanse Torras, 2009, y Mora, 2007, pássim).

2ª) La realidad, sin olvidar los avances y logros obtenidos por la reforma psiquiátrica, presenta zonas oscuras que requieren una profunda crítica y, sobre todo, una intervención eficaz. El porcentaje tan elevado de enfermos mentales en prisión nos debe hacer reflexionar para impedir que, especialmente los pacientes con menores recursos y más vulnerables, caigan en las "redes" del sistema jurídico-penitenciario por una deficiente atención en la comunidad, por una mala defensa de sus derechos –inexistencia de un buen diagnóstico o valoración forense, incapacidad para proponer recursos terapéuticos o residenciales, ineficacia de la defensa, etc.– o porque, una vez en prisión, es imposible o se hace muy difícil su excarcelación por motivos de salud, porque no existen recursos adecuados de acogida en la comunidad[21]. Como nos recuerda Okasha (2004, 2), "*la presencia de pacientes psiquiátricos en las prisiones no sólo les priva de su derecho al tratamiento y asistencia adecuada, sino que también conlleva la posibilidad de que reciban un tratamiento erróneo y de que sufran estigmatización*".

El objetivo a defender e impulsar es propiciar la excarcelación de la persona con enfermedad mental penada y su atención con los recursos existentes en la comunidad, o en el caso de que no existan actualmente los dispositivos necesarios para ello, que se creen expresamente para el correcto tratamiento, asistencia e integración social del paciente. Para ello hay principios rectores a nivel internacional, mecanismos legales y posibilidades para que las juntas de tratamiento de los centros penitenciarios y el juzgado de vigilancia penitenciaria puedan adoptar medidas de régimen abierto o libertad condicional.

Las bases para poder desarrollar este objetivo están bien recogidas en las directrices internacionales. Así, las Reglas de Tokio[22] expresan la necesidad de alentar una mayor participación de la comunidad en la gestión de la justicia penal, especialmente en el régimen aplicable a los delincuentes, y pretenden impulsar la participación de la sociedad en el ámbito penitenciario. Las nuevas Normas Penitenciarias Europeas[23] subrayan la importancia de la acción resocializadora y del cuidado médico en el ámbito penitenciario. Estas reglas establecen que los internos deben tener acceso a los servicios sanitarios del país sin sufrir ninguna discriminación basada en su situación jurídica (40.3); que todo interno debe beneficiarse de los cuidados médicos, quirúrgicos y psiquiátricos necesarios, similares a los disponibles en el exterior (40.5); o que los internos enfermos que necesiten cuidados médicos especiales deben ser trasladados a establecimientos especializados u hospitales civiles si dichos cuidados no se prestan en la prisión (46.1)[24].

Por su parte, la legislación penal y penitenciaria nacional establecen amplias posibilidades para propiciar la excarcelación y la atención de las personas que cumplen una pena de prisión. Nos hemos referido a los aspectos generales de la legislación constitucional y penitenciaria en el punto 2.2.1., pero ahora queremos repasar específicamente **las medidas concretas** que permiten el cumplimiento de la pena privativa de libertad, **de manera total o parcial, en la comunidad**, contempladas por el Reglamento Penitenciario y el Código Penal. Si algo podemos concluir con cierta claridad es la posibilidad de que una persona con enfermedad mental pueda cumplir la condena de privación de libertad en régimen abierto, libertad condicional o en modalidades similares. Se trata de un objetivo humanitario, de dignidad, acorde a la patología mental, a los requisitos de rehabilitación y de incorporación social del paciente, y compatible con las políticas criminales de prevención del delito.

LOIOLA ETXEA GIPUZKOA

1. Misión de la entidad

Loiola Etxea es una comunidad de vida donde conviven jesuitas, laicos, personas liberadas contratadas, voluntarios y personas en exclusión, principalmente con experiencia penitenciaria.

2. Objetivo del proyecto de intervención en prisión

Valorar a aquellas personas que han sido derivadas a Loiola Etxea por las trabajadoras sociales del centro penitenciario, interesadas en realizar un proyecto educativo de cara a su reinserción.

3. Centro penitenciario en el que interviene

Principalmente Martutene, aunque mensualmente se visita Nanclares de la Oca y anualmente se realizan visitas a unos dos centros penitenciarios por año (Santoña, La Moraleja, Villabona…).

[21] En una investigación llevada a cabo en prisiones de Andalucía se detectaron 370 enfermos mentales cumpliendo condena en centros penitenciarios ordinarios, con un perfil caracterizado por la marginación, el predominio absoluto de hombres frente a las mujeres, de una edad entre 25 y 40 años, con un nivel cultural muy bajo, sin recursos económicos y sin apoyo familiar (Sánchez, 2001, 142-143). Este autor dice que *"desde el punto de vista de los valores jurídicos en juego, la nutrida presencia de enfermos mentales en las prisiones revienta los más elementales principios de nuestro modelo de Estado social de bienestar, al atentar a la dignidad humana y los valores de libertad y de la propia vida de un grupo de personas vulnerables dentro del colectivo humano"* (id, 140).

[22] ONU (1990): Reglas mínimas de las Naciones Unidas sobre las medidas no privativas de la libertad. Recogidas en Eguzkilore, extraordinario 6, 1993, 119-132.

[23] Recomendación (2006) 2 del Consejo de Europa. Estas reglas sustituyen las redactadas en 1987. Véase www.coe.int.

[24] Véanse también los artículos 88, 183 a 191 y 207 a 220 del Reglamento Penitenciario.

4. Año de inicio de la intervención

2000.

5. Personal dedicado al proyecto

Director, ecónomo, psicóloga a media jornada, educadora social-psicopedagoga, trabajadora social y una persona con tareas de limpieza y cocina.

6. Número de horas/días de intervención semanal

El centro no se cierra. Está abierto 24 horas al día, 7 días a la semana.

7. Número de personas atendidas el año pasado

Programa de valoración: 39.
Programa de residencia: 18.
Programa de transición: 7.

8. Número de personas con patología mental en el colectivo atendido (si lo sabe)

Valoración: 5.
Residencia: 9.
Transición: 0.

9. ¿Considera que los enfermos psiquiátricos son bien atendidos en prisión?

No, en más de una ocasión hemos pedido diagnósticos, pero no nos los dan.

10. ¿Qué necesidades detectan desde su entidad para la atención de estos pacientes?

Necesidad de un diagnóstico, mayor atención terapéutica.

11. ¿Considera que los centros penitenciarios deberían tener unidades psiquiátricas para cumplir las medidas de seguridad de internamiento o deben ser atendidos en la red psiquiátrica en unidades adecuadas a sus patologías y a su peligrosidad? Razone su respuesta

Creo que deberían ser atendidos por la red psiquiátrica en unidades independientes, ya que cuando terminen su condena la patología va a seguir presente y una nueva relación con un médico nuevo supone empezar desde cero el tratamiento.

XII

(anexo).4.

Respuestas de entidades a cuestionarios (2013)

Vista anterior

Respuestas de entidades a cuestionarios (2013)

ARABA/ÁLAVA

ADAP

1. Misión de la entidad

ADAP es una asociación fundada en 1991 por un grupo de personas preocupadas por la situación de las personas privadas de libertad. Dirige su actuación fundamentalmente a las mujeres presas en el Centro Penitenciario de Araba/Álava, ofreciendo apoyo personal y asesoramiento a nivel jurídico y social.

2. Objetivo del proyecto de intervención en prisión

Apoyo humano y personal a las mujeres presas durante su estancia en prisión.

Potenciar el empoderamiento y las capacidades de inserción social positiva que favorezcan la plena incorporación de estas mujeres al medio social.

Organizar actividades culturales y terapéuticas dentro de la prisión.

Luchar por el avance de los derechos humanos y jurídicos de las personas presas.

3. Centro penitenciario en el que interviene

Centro Penitenciario de Araba/Álava.

4. Año de inicio de la intervención

La intervención se inició en el año 1991.

5. Personal dedicado al proyecto

Actualmente son seis las personas que pueden participar activamente. Son más las personas voluntarias interesadas en participar, pero debido a que aún no se les ha autorizado la entrada al centro penitenciario, no lo pueden hacer.

6. Número de horas/días de intervención semanal

Se interviene un total de dos horas, un día a la semana. Además, puntualmente se realizan actividades como conciertos, concurso de relatos cortos, entrega de regalos de Navidad y fiestas de Vitoria-Gasteiz para las mujeres, etc.

7. Número de personas atendidas el año pasado

Comunicamos un día a la semana (los lunes) durante dos horas con los dos módulos de mujeres con los que cuenta el Centro Penitenciario de Araba/Álava. La media de mujeres que solemos atender cada semana es de unas 5, siendo 44 el número total de comunicaciones registradas en el año 2011.

8. Número de personas con patología mental en el colectivo atendido (si lo sabe)

Lo desconocemos.

9. ¿Persisten las necesidades que detectaban en la anterior encuesta para la atención de estos pacientes?

(ANTERIOR ENCUESTA)

Creemos imprescindible que exista más atención individualizada, que se realice un buen diagnóstico previo al comenzar con la medicación y una vez se administre medicación, se haga un seguimiento continuado, así como un control para la buena administración y el buen uso de los psicofármacos.

Por otra parte, pensamos que la atención médica y el tratamiento psicofarmacológico debería tener una atención psicoterapéutica paralela.

10. ¿Conoce el Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios?

Sí lo conocemos, pero desconocemos si se está llevando a cabo en el Centro Penitenciario de Araba/Álava.

11. ¿Sabe si alguno de sus usuarios se encuentra incluido en dicho programa?

Desconocemos los diagnósticos clínicos de las mujeres con las que comunicamos, así como los tratamientos derivados de posibles patologías por el tema de la confidencialidad.

12. ¿Creen que la aplicación de dicho programa ha mejorado la atención de los enfermos mentales en prisión?

La falta de tratamiento y seguimiento adecuado a las personas presas que padecen enfermedad mental es una realidad dentro de las prisiones. Al desconocer si se ha llevado a cabo en el Centro Penitenciario de Araba/Álava, no podemos valorar los resultados de este programa.

13. En julio de 2011 se transfirió la sanidad penitenciaria a Osakidetza. ¿Han notado un cambio en la atención de los pacientes con enfermedad mental que son atendidos por su entidad como consecuencia de dicha transferencia?

Desconocemos cuántas de nuestras mujeres son atendidas por problemas de salud mental.

14. ¿Cree que el hecho de que se haya producido dicha transferencia parcial en materia sanitaria de Instituciones Penitenciarias a Osakidetza va a mejorar, a medio/largo plazo, la atención de estos pacientes?

En general, valoramos muy positivamente la transferencia a Osakidetza y creemos que mejorará la atención de los pacientes en general.

XII

COMISIÓN ANTI-SIDA

1. Misión de la entidad

La Comisión Ciudadana Anti-Sida de Álava es una organización no lucrativa de acción social que trabaja por:

- Informar y educar a la población sobre el VIH-Sida.
- Prevenir su expansión.
- Favorecer y facilitar la inclusión social de las personas afectadas por VIH sin hogar, presas, que ejercen la prostitución y/o en situación de exclusión social, mediante el desarrollo de programas socioeducativos de atención, apoyo y acompañamiento.
- Cambiar las realidades sociales injustas.

LÍNEAS DE ACCIÓN:

- Prevención, información y educación sobre VIH-Sida.
- Atención a las personas afectadas por el VIH-Sida.
- Gestión de proyectos residenciales y centros ocupacionales para personas en situación de exclusión social, sin hogar o privadas de libertad.
- Orientación, asesoramiento, seguimiento, acompañamiento y apoyo educativo a las personas que atendemos.
- Sensibilización y concienciación sobre las injusticias sociales.
- Reivindicación de los derechos sociales.

Las acciones de la Comisión Ciudadana Anti-Sida de Álava se rigen por valores tales como el acompañamiento, la autonomía, la conciencia crítica, la igualdad y la participación. La persona es el centro de nuestra acción social: promocionamos el desarrollo integral de cada persona basándonos en el respeto, la cercanía y la calidad de la atención.

2. Objetivo del proyecto de intervención en prisión

Desarrollamos cinco ámbitos de acción:

Gestión de recursos de acogida (4 pisos de acogida) para personas privadas de libertad. Los objetivos generales de este ámbito son:

Posibilitar una dirección de acogida para los internos –varones– del centro penitenciario que no tienen otra posibilidad de acogida, bien por la lejanía del domicilio habitual (residentes en otras provincias o en otros países), bien por carecer de vínculos familiares o encontrarse los mismos muy desestructurados.

Favorecer la paulatina integración social de las personas privadas de libertad a través de una acción educativa que busque promover la competencia social del individuo.

Atender integralmente y favorecer la excarcelación de las personas privadas de libertad afectadas por el VIH-Sida en el recurso de acogida “BesarkadaEtxea”. Se enmarca dentro de la red de servicios sociosanitarios de la provincia como un recurso específico dirigido a personas infectadas por el VIH en un estadio avanzado de la enfermedad y/o carentes de cobertura sociofamiliar y económica suficiente que les permita realizar un vida de forma autónoma o ser atendidos en el núcleo familiar. El objetivo principal es dotar a sus residentes de un contexto que dé respuesta a sus necesidades físico-biológicas, cognitivas, emocionales y sociales, promoviendo su reestructuración y equilibrio personal y social, así como en los casos que sea posible su inserción sociolaboral. De las 14 plazas con las que cuenta, 3 están destinadas a personas excarceladas del Centro Penitenciario de Nanclares de la Oca por su grave estado de salud.

Desarrollar diversas acciones de voluntariado en el interior del Centro Penitenciario de Nanclares de la Oca (Araba/Álava) a través de un grupo de apoyo. Los objetivos generales de este ámbito son:

Posibilitar un encuentro directo con las personas que cumplen pena de privación de libertad, con la finalidad de mantener y fortalecer los vínculos con la comunidad y sus recursos.

Informar, asesorar y encauzar la intervención más adecuada a las demandas planteadas por parte de las personas presas, y atender las situaciones más desfavorecidas en el ámbito intrapenitenciario (afectados por el VIH-Sida u otras patologías, drogodependientes, extranjeros, mujeres y personas sin recursos de apoyo externo).

Impulsar la inclusión laboral de las personas privadas de libertad por medio de programas específicos de acompañamiento y tutorización.

Asesorar en asuntos penales y penitenciarios con el Programa de Acompañamiento Jurídico, cuyos objetivos son:

Prestar apoyo y asesoramiento jurídico en materia penal y penitenciaria a los usuarios de los proyectos de la Comisión Ciudadana Anti-Sida de Álava, especialmente del "Grupo de Apoyo, Encuentro e Intervención con Internos e Internas del Centro Penitenciario de Nanclares de la Oca" y de los "Pisos de Acogida para Presos".

Colaborar en la incorporación social y en la atención interdisciplinar a los usuarios/as mencionados, coadyuvando con los profesionales y el equipo de voluntarios/as de la asociación en la acción cotidiana de los diferentes proyectos, prestando la orientación legal necesaria, con la finalidad de velar por la promoción y respeto de los derechos humanos de todas las personas.

3. Centro penitenciario en el que interviene

Centro Penitenciario de Araba/Álava.

4. Año de inicio de la intervención

1993.

5. Personal dedicado al proyecto

20 profesionales (educadores, trabajadores sociales, etc.) y 25 voluntarios/as.

6. Número de horas/días de intervención semanal

La atención en los recursos de acogida es diaria todo el año. En el voluntariado se puede calcular una media de 4 horas semanales/persona voluntaria.

7. Número de personas atendidas el año pasado

150.

8. Número de personas con patología mental en el colectivo atendido (si lo sabe)

50.

9. ¿Persisten las necesidades que detectaban en la anterior encuesta para la atención de estos pacientes?

(ANTERIOR ENCUESTA)

Quizás haya solo una respuesta: promover la creación de recursos de acogida en la comunidad dirigidos a las personas presas con enfermedad mental.

Se trata fundamentalmente de evitar el efecto desocializador o estigmatizante de la intervención penal, impulsando el contacto activo recluso-comunidad, introduciendo a la persona privada de libertad en la sociedad y rehabilitando los contactos sociales del interno. La cárcel no puede ni debe dañar a la persona, aislarla de la comunidad, provocar su desocialización o desasistirla en sus necesidades dentro de unos muros de invisibilidad. Siguiendo estos criterios, se hace necesario poder atender a la persona presa con enfermedad mental en un ámbito abierto, con los recursos sociales y sanitarios de la comunidad.

Si estudiamos la realidad en el territorio de Araba/Álava, podemos poner de manifiesto lo siguiente:

En esta provincia se encuentra ubicada la prisión de Nanclares de la Oca, que alberga a aproximadamente 650 hombres y 60 mujeres. Desde los años 80 se han ido creando recursos de acogida para poder atender las necesidades de acogida y reincorporación a la sociedad de este colectivo. En la actualidad están funcionando seis pisos de acogida que proporcionan acogida y un programa educativo a los internos e internas que acceden a un régimen de salidas diarias de la prisión o a la libertad condicional[25]. Sin embargo, por las características de los recursos (sin medios sanitarios especializados), no son acogidas aquellas personas presas con una enfermedad mental grave.

En el año 2011 se prevé que esté construida la nueva prisión de Araba/Álava, situada a 3 kilómetros de Nanclares de la Oca. Tendrá capacidad para encerrar a 1.000 personas y solo cabe esperar que la situación actual se agrave, toda vez que no se están creando nuevos recursos de acogida en la comunidad, especialmente aquellos que deben dirigirse a la atención de los internos e internas con enfermedades físicas y mentales graves.

Esta situación, denunciada por numerosas instancias y organizaciones (Comisión Ciudadana Anti-Sida de Álava, Pastoral Penitenciaria o Salhaketa), y también muy olvidada porque hablamos de un colectivo especialmente vulnerable a la estigmatización y a la invisibilidad como son las personas presas, ha motivado que ya desde hace 10 años se venga

[25] Los recursos son los siguientes: piso de acogida para presos, piso para la incorporación social de internos en libertad condicional, piso para la incorporación laboral de internos en régimen abierto, piso para la inserción y vinculación comunitaria de internos en segundo grado, piso de acogida para mujeres presas y piso de larga estancia para extranjeros en libertad condicional. A excepción de este último, gestionado por la Asociación Salhaketa y con subvención de la Diputación Foral de Álava, todos son recursos de titularidad pública (Diputación Foral de Álava, gestionados por la Comisión Ciudadana Anti-Sida de Álava –los dirigidos a hombres– y por la Asociación de Ayuda al Preso –el destinado a mujeres–).

proponiendo a las Instituciones competentes en materia social y sanitaria (Diputación Foral de Álava y Gobierno Vasco) que se cree un Centro especializado para atender a los internos e internas que deban ser excarcelados por su condición de enfermos con patologías físicas y mentales graves. Como respuesta a esta demanda social, el 31 de marzo de 2008 se aprobó por parte de todos los grupos políticos en las Juntas Generales de Álava una moción (6/2008) por la que se proponía la creación de un *"centro especializado de acogida para penados con enfermedades muy graves con padecimientos incurables".* En concreto, en este texto las juntas generales *"solicitan a la Diputación Foral de Álava que, en colaboración con las Diputaciones de Bizkaia y Gipuzkoa y el Departamento de Justicia, Empleo y Seguridad Social del Gobierno Vasco, analice seriamente la posible creación de un Centro Especializado de Acogida para los penados con enfermedades muy graves con padecimientos incurables que se encuentran en el Centro de Penitenciario de Nanclares que puedan acogerse a los beneficios penitenciarios"*, y que mientras se decida y proyecte este centro, *"por razones humanitarias y de dignidad de estas personas, amplíe los recursos sociales existentes en la actualidad para dar salida a aquellos internos de Nanclares que, por el tipo de enfermedad terminal que padecen, no se pueden encuadrar en los recursos sociales ya existentes".* A fecha de hoy no se ha hecho nada respecto de este asunto.

La pregunta es evidente: ¿cuánto tiempo habrá que esperar para que las personas con una enfermedad mental o física grave puedan ser atendidas correctamente en la comunidad? En el documento que recoge las conclusiones y recomendaciones del XX Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (2003, 64), se expone el hecho de que el aumento del número de enfermos mentales en prisión conlleva *"el riesgo de que, en ausencia de los adecuados y precisos recursos de salud mental disponibles en la red normalizada del ámbito comunitario, se desarrolle de nuevo una subcultura asistencial manicomial excluyente y marginalizadora, ahora desde el ámbito judicial, para los ciudadanos que habiendo cometido delitos sufran trastornos mentales severos".* Nuestra constatación sitúa especialmente el problema en el ámbito social y sanitario de la comunidad, no solo en el judicial. No se crean por parte de los departamentos de Bienestar Social los recursos adecuados para atender a estos enfermos y, por otra parte, desde el ámbito sanitario parece darse un olvido interesado de determinados pacientes, bien porque no son cómodos para el sistema de salud ordinario (recordemos que hablamos de enfermos con trastornos de personalidad, patologías duales o drogodependencias), bien porque el denominado ámbito sociosanitario es una quimera por cuestiones presupuestarias o de desinterés por una correcta y eficaz coordinación.

10. ¿Conoce el Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios?

No.

11. ¿Sabe si alguno de sus usuarios se encuentra incluido en dicho programa?

No.

12. ¿Creen que la aplicación de dicho programa ha mejorado la atención de los enfermos mentales en prisión?

No.

13. En julio de 2011 se transfirió la sanidad penitenciaria a Osakidetza. ¿Han notado un cambio en la atención de los pacientes con enfermedad mental que son atendidos por su entidad como consecuencia de dicha transferencia?

No.

14. ¿Cree que el hecho de que se haya producido dicha transferencia parcial en materia sanitaria de Instituciones Penitenciarias a Osakidetza va a mejorar, a medio/largo plazo, la atención de estos pacientes?

SALHAKETA ÁLAVA

1. Misión de la entidad

Denunciar pública y jurídica de las condiciones de vida en prisión, impulsar y/o articular recursos útiles para personas que han sufrido la privación de libertad...

2. Objetivo del proyecto de intervención en prisión

En principio, la asociación como tal no puede entrar en prisión a realizar actividades, pero sí acuden integrantes de Salhaketa-Araba a realizar visitas, tanto de asesoramiento jurídico como de simple acompañamiento y/o apoyo solidario. El objetivo de estas últimas sería el asesoramiento social y jurídico sobre todas aquellas cuestiones de asistencia social y derecho penitenciario. También se realiza asesoramiento por vía postal y/o telefónica.

3. Centro penitenciario en el que interviene

Fundamentalmente, la prisión de Araba I.

4. Año de inicio de la intervención

Esta actividad de asesoramiento lleva funcionando de una forma continuada desde el año 1990.

5. Personal dedicado al proyecto

Una persona, con formación jurídica, con contrato de media jornada, y 5 personas de forma voluntaria.

6. Número de horas/días de intervención semanal

La letrada suele acudir una vez al mes a la prisión, permaneciendo unas 3 o 4 horas en el locutorio, visitando a diversas personas presas. Dos de las personas voluntarias acuden una vez al mes a visitas por locutorios. La atención por vía postal y/o telefónica se realiza de lunes a viernes, en horario de mañana, en los locales de la asociación.

7. Número de personas atendidas el año pasado

Unas 40 personas, entre atención personal, postal y telefónica.

8. Número de personas con patología mental en el colectivo atendido (si lo sabe)

9. ¿Persisten las necesidades que detectaban en la anterior encuesta para la atención de estos pacientes?

Sí.

(ANTERIOR ENCUESTA)

En muchas ocasiones se parte de una falta de diagnóstico: se aprecia a simple vista que a esa persona le pasa algo, pero carece de un informe que así lo diga.

Respecto a las personas ya diagnosticadas, no existe una atención personalizada y con el necesario seguimiento para su tratamiento clínico.

OTRAS NECESIDADES DETECTADAS:

Se detecta también la presencia de un gran número de personas presas extremadamente jóvenes, menores en todo caso de 30 años, con patología dual.

10. ¿Conoce el Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios?

Sé que Instituciones Penitenciarias ha anunciado su implantación progresiva, pero no conozco su verdadera aplicación en el Centro Penitenciario Araba I.

11. ¿Sabe si alguno de sus usuarios se encuentra incluido en dicho programa?

Ninguno de ellos lo ha manifestado.

12. ¿Creen que la aplicación de dicho programa ha mejorado la atención de los enfermos mentales en prisión?

No hemos detectado por el momento una mejora sustancial de la atención.

13. En julio de 2011 se transfirió la sanidad penitenciaria a Osakidetza. ¿Han notado un cambio en la atención de los pacientes con enfermedad mental que son atendidos por su entidad como consecuencia de dicha transferencia?

De momento la transferencia no ha supuesto un cambio sustancial en el ámbito de la salud mental.

14. ¿Cree que el hecho de que se haya producido dicha transferencia parcial en materia sanitaria de Instituciones Penitenciarias a Osakidetza va a mejorar, a medio/largo plazo, la atención de estos pacientes?

Entendemos que a medio plazo la transferencia debe suponer una mejora de la atención a estos pacientes.

BIZKAIA

ADSIS BESTALDE

1. Misión de la entidad

Nuestra misión es construir una sociedad más justa y solidaria, mediante la promoción integral de personas y grupos empobrecidos y excluidos. Llevamos a cabo esta labor a través de procesos de desarrollo individual y colectivo basados en la relación cercana, el acompañamiento y el servicio eficiente.

2. Objetivo del proyecto de intervención en prisión

Queremos dar respuesta a las personas que están privadas y exprivadas de libertad y a su problemática global, atendiendo especialmente a las causas que originan su “no integración social real”. Con este programa pretendemos minimizar los obstáculos que impiden esa integración.

3. Centro penitenciario en el que interviene

Zaballa y Basauri.

4. Año de inicio de la intervención

1992.

5. Personal dedicado al proyecto

2 personas.
Entrevistas.
1 grupo.
7 voluntarios.

6. Número de horas/días de intervención semanal

43 horas.
Miércoles en Zaballa
Lunes en Basauri
Sábados cada quince días tanto en Zaballa como en Basauri.

7. Número de personas atendidas el año pasado

A lo largo del año 2012 han sido atendidas:

- 61 personas en el Centro Penitenciario de Basauri (Bizkaia).
- 118 personas en el Centro Penitenciario Araba/Álava.
- 13 personas han sido atendidas después en otras prisiones fuera de la CAPV.

El número total de personas que han sido objeto de intervención por nuestra asociación ha ascendido durante el año 2012 a 192 personas.

8. Número de personas con patología mental en el colectivo atendido (si lo sabe)

No tengo contabilizado este dato de 2012, pero menos de la mitad de las personas a las que atendemos.

9. ¿Persisten las necesidades que detectaban en la anterior encuesta para la atención de estos pacientes?

Mayor atención por parte de los trabajadores.

Que tengan un plan personalizado adecuado a su patología y que exista un seguimiento de él

Mayor observación en la evolución de sus patologías.

Valorar los partes en función a su patología, ya que suelen estar muy relacionados.

10. ¿Conoce el Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios?

Sí lo que está escrito, pero no lo que se lleva a cabo de ese programa.

11. ¿Sabe si alguno de sus usuarios se encuentra incluido en dicho programa?

Ninguno.

12. ¿Creen que la aplicación de dicho programa ha mejorado la atención de los enfermos mentales en prisión?

Puede ser, pero no llega a todas las personas que tienen patología dual.

13. En julio de 2011 se transfirió la sanidad penitenciaria a Osakidetza. ¿Han notado un cambio en la atención de los pacientes con enfermedad mental que son atendidos por su entidad como consecuencia de dicha transferencia?

No.

14. ¿Cree que el hecho de que se haya producido dicha transferencia parcial en materia sanitaria de Instituciones Penitenciarias a Osakidetza va a mejorar, a medio/largo plazo, la atención de estos pacientes?

Dada la desinformación que tenemos en este aspecto, creemos que no podemos valorarlo.

BIDESARI

1. Misión de la entidad

Responder a las necesidades cambiantes de las personas presas trabajando su educación e incorporación social.

2. Objetivo del proyecto de intervención en prisión

Bidesari cuenta con cinco proyectos de intervención que se desarrollan en prisión:

- Intervención semanal grupal e individual con personas drogodependientes.
- Intervención semanal grupal e individual con personas inmigrantes extranjeras.
- Taller anual de inteligencia emocional con mujeres privadas de libertad.
- Salidas programadas de fin de semana.
- Campos de trabajo.

El objetivo común de todos ellos es favorecer la iniciación de procesos de cambio y el diseño de itinerarios de incorporación social dirigidos a tener su continuidad en el exterior del centro penitenciario.

En el exterior del centro penitenciario, Bidesari cuenta con tres pisos destinados a la acogida e inserción de personas penadas y excarceladas (terceros grados, libertades condicionales, permisos, suspensiones de condena…). Así mismo, desarrolla un programa de seguimiento de personas excarceladas que se encuentran en proceso de inserción.

3. Centro penitenciario en el que interviene

Centros penitenciarios de Basauri y Araba/Álava.

4. Año de inicio de la intervención

1995.

5. Personal dedicado al proyecto

En el interior del centro penitenciario interviene un equipo compuesto por seis personas contratadas:

Una psicóloga.

Un jurista.

Tres educadoras sociales.

Un trabajador social.

Los proyectos de salidas programadas y campos de trabajo se desarrollan, además, con la colaboración de un equipo de voluntarios

6. Número de horas/días de intervención semanal

La extensión de la intervención dentro de la prisión es semanal. Se cuenta con cuatro grupos de 2 horas y 30 minutos de duración (total 10 horas/semana de intervención grupal).

La intervención individual se realiza todas las semanas por espacio de 15 horas.

Las salidas programadas tienen una extensión de 48 horas (de viernes a domingo), con periodicidad mensual.

Además, con carácter trimestral se realizan salidas programadas de 10 horas de duración.

7. Número de personas atendidas el año pasado

531.

8. Número de personas con patología mental en el colectivo atendido (si lo sabe)

Determinar el número exacto de personas con alguna patología mental no es tarea fácil, por encontrarnos en un contexto generador de síntomas patológicos en las personas (cuadros adaptativos, trastornos de ansiedad, depresión exógena, psicosis inducida por consumo de sustancias). Es por ello que cuantificar con exactitud es complicado. Eso sí, podemos afirmar que atendemos a personas con un trastorno de uso de sustancia que coexiste en el 80% de los casos con un trastorno de personalidad, y en un 2% con una psicosis.

Otra realidad es que la prisión es una institución donde llegan personas con escasos recursos mentales y con vulnerabilidad psíquica para afrontar situaciones de estrés, y la prisión es un escenario conductual marcado por su inseguridad, por

la indefensión aprendida y los estímulos ansiógenos a los que están sometidas las personas presas. Es por ello que realizar un diagnóstico de estas personas en la prisión es complicado y se requiere otro espacio para poder realizar una valoración más exacta de las personas.

9. ¿Persisten las necesidades que detectaban en la anterior encuesta para la atención de estos pacientes?

(ANTERIOR ENCUESTA)

La necesidad de contar con profesionales especializados en salud mental. En la mayoría de las ocasiones los profesionales disponibles cuantitativamente son grotescos para el número de personas con necesidad de atención psiquiátrica o psicológica inmediata.

La necesidad de contar con un diagnóstico o hipótesis diagnóstica, no como etiquetaje, sino como medio para poder realizar un plan de tratamiento individualizado.

La necesidad de contar con un seguimiento especializado, continuado TP. No solo atenciones en crisis en pacientes agudos, sino en la evolución de personas con TP para poder ir revisando la hipótesis diagnóstica y ajustar diagnósticos/tratamientos de manera individualizada.

La necesidad de favorecer la salida de la prisión y evitarla como contexto abiertamente contraindicado para estas personas, accediendo a la red sanitaria pública.

La necesidad de dar una respuesta, crear recursos específicos desde la red sanitaria/comunitaria de manera específica a estas personas, que siguen estando olvidadas.

Ir creando mecanismos cada vez más sólidos en el trabajo con estas personas por parte de todos los agentes implicados en su tratamiento.

10. ¿Conoce el Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios?

Conocemos el seguimiento específico que desde los equipos de tratamiento y los médicos se realiza a algunas personas incluidas dentro de una atención más específica debido a su enfermedad mental, conocimiento que tenemos a través de informaciones obtenidas en reuniones y en conversaciones con los distintos profesionales que intervienen con estas personas.

Desconocemos el impacto real y la aplicación concreta de dicho programa dentro de la prisión.

11. ¿Sabe si alguno de sus usuarios se encuentra incluido en dicho programa?

Sí sabemos que algunos de nuestros usuarios se encuentran incluidos dentro de dicha atención, a través de informaciones indirectas y no desde una coordinación específica sobre este tema.

En el caso de estas personas se trata de personas con trastorno por uso de sustancias (que coexiste con las otras patologías) y es a través del abordaje de la toxicomanía desde donde tenemos conocimiento de esta situación. En ningún caso desde una atención específica o única en salud mental.

12. ¿Creen que la aplicación de dicho programa ha mejorado la atención de los enfermos mentales en prisión?

La realidad varía en cada centro penitenciario, dependiendo de los profesionales que atienden a las personas y los recursos con los que se cuenta en cada prisión.

Siempre ayuda contar con un programa específico de atención para estas personas, aunque desconocemos su ejecución concreta y la impresión que tenemos es que su aplicación práctica es escasa.

Percibimos que hay una infravaloración de los diagnósticos más comunes: los trastornos de la personalidad en la mayor parte de los casos no son considerados enfermos mentales y, por tanto, no son incluidos en el PAIEM ni son objeto de una atención específica en este ámbito.

Los esfuerzos que se realizan están centrados en las personas con psicosis.

La atención que el PAIEM dispensa está muy centrada en la atención a psicóticos en el interior, controlando los síntomas. La perspectiva hacia el exterior, más comunitaria, no existe o esta infradotada. Faltan recursos o coordinaciones con los existentes en la comunidad para posibilitar la excarcelación de estas personas.

Lo verdaderamente acuciante es realizar programas dirigidos hacia el exterior con una preparación previa de estos pacientes, para así encontrar la mayor adecuación entre el recurso comunitario/sanitario y el perfil del paciente.

13. En julio de 2011 se transfirió la sanidad penitenciaria a Osakidetza. ¿Han notado un cambio en la atención de los pacientes con enfermedad mental que son atendidos por su entidad como consecuencia de dicha transferencia?

Desde la intervención directa observamos, por referencias de las personas atendidas, que resulta más fácil el acceso a las historias clínicas, que hay un mayor control de la medicación farmacológica y que se está potenciando el uso de la telemedicina.

14. ¿Cree que el hecho de que se haya producido dicha transferencia parcial en materia sanitaria de Instituciones Penitenciarias a Osakidetza va a mejorar, a medio/largo plazo, la atención de estos pacientes?

Sí, en la medida en que supone una integración de la sanidad penitenciaria en una red comunitaria mucho mejor dotada, especialmente en nuestra CAPV, facilitando el acceso de las personas presas a recursos similares a los de una persona en libertad.

ETORKINTZA

1. Misión de la entidad

Atención profesional a drogodependientes presos (preventivos o penados) en su solicitud de tratamiento para su deshabituación y su inserción social, a realizar extrapenitenciariamente cuando su situación judicial se lo permita.

2. Objetivo del proyecto de intervención en prisión

- Realizar una valoración en función de la demanda, diagnóstico psicopatológico, social de la demanda, diagnostico psicopatológico, social itinerario y pronóstico de tratamiento. Se realizan visitas personalizadas de cara a establecer futuros tratamientos individualizados.
- Coordinación con el equipo de toxicomanías del centro penitenciario (condición indispensable).
- Coordinación con el equipo de observación y tratamiento del centros penitenciario.
- Coordinación con recursos sociales y familiares que refuerzan las condiciones necesarias para el tratamiento extrapenitenciario.

3. Centro penitenciario en el que interviene

Centro Penitenciario de Basauri.
Centro Penitenciario de Nanclares de la Oca.

4. Año de inicio de la intervención

Desde el año 1987, más de veinte años ininterrumpidos.

5. Personal dedicado al proyecto

Diplomado en enfermería, especialista en salud mental.
Trabajadora social.
Educador social.

6. Número de horas/días de intervención semanal

Una jornada por semana.

7. Número de personas atendidas el año pasado

Personas atendidas: 146.
Salida por aplicación el Reglamento Penitenciario: 25.

8. Número de personas con patología mental en el colectivo atendido (si lo sabe)

20.

9. ¿Persisten las necesidades que detectaban en la anterior encuesta para la atención de estos pacientes?

(ANTERIOR ENCUESTA)

Reforzar el marco psicoterapéutico de atención a estas patologías con: el servicio médico de centro penitenciario, el equipo de toxicomanías y las asociaciones de apoyo que coordinadamente configuren el plan individualizado de tratamiento.

OTRAS NECESIDADES DETECTADAS:

Mayor agilidad en la coordinación con recursos sociales.

10. ¿Conoce el Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios?

Sí.

11. ¿Sabe si alguno de sus usuarios se encuentra incluido en dicho programa?

En la enfermería de la prisión.

12. ¿Creen que la aplicación de dicho programa ha mejorado la atención de los enfermos mentales en prisión?

Reciben atención puntual en situación de crisis, pero a medio plazo insuficiente.

13. En julio de 2011 se transfirió la sanidad penitenciaria a Osakidetza. ¿Han notado un cambio en la atención de los pacientes con enfermedad mental que son atendidos por su entidad como consecuencia de dicha transferencia?

No, en situaciones de necesidad de recursos para pisos o residencias, de salud mental, la espera se prolonga y su situación penal no lo permite.

14. ¿Cree que el hecho de que se haya producido dicha transferencia parcial en materia sanitaria de Instituciones Penitenciarias a Osakidetza va a mejorar, a medio/largo plazo, la atención de estos pacientes?

Sería deseable para todos.

GIZAKIA

1. Misión de la entidad

Fundación Gizakia es una entidad sin ánimo de lucro, declarada de utilidad pública, promovida por la Diócesis de Bilbao, que desarrolla acciones innovadoras y de calidad en los ámbitos de:

Sensibilización y prevención frente a conductas de riesgo para la salud y el desarrollo integral de la persona.

Asistencia a personas con adicciones.

Inserción sociolaboral de colectivos de difícil empleabilidad.

Todas ellas en un proyecto compartido con sus entornos familiares y sociales.

2. Objetivo del proyecto de intervención en prisión

OBJETIVO GENERAL: Ofertar un proceso de inserción sociolaboral, posibilitando medidas alternativas al internamiento en centros penitenciarios a personas drogodependientes privadas de libertad, a la vez que se garantiza ante los estamentos judiciales el seguimiento de dicho proceso en las condiciones establecidas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Posibilitar la aplicación de medidas alternativas a la pena de prisión o el acceso al régimen abierto, en cualquiera de sus modalidades, ofertando a las personas presas los recursos y servicios que la entidad gestiona, para favorecer el desarrollo de itinerarios de inclusión sociolaboral.
2. Establecer itinerarios de integración sociolaboral individualizados, atendiendo a las situaciones de exclusión,

Vista anterior

adecuados a las necesidades de las personas reclusas y en coordinación con el resto de agentes intervinientes.
3. Favorecer el acceso de personas penadas y presas a los recursos comunitarios normalizados a través del desarrollo de los itinerarios de inclusión sociolaboral previamente definidos.
4. Desarrollar un trabajo en red coordinado entre todas las entidades que intervienen en los itinerarios de las personas (servicios sociales, centros de salud mental…).
5. Ofrecer información a las instancias jurídico-penitenciarias de la evolución de los procesos de las personas, sirviendo de garantes para el desarrollo de las mismas.

3. Centro penitenciario en el que interviene

Zaballa (Araba/Álava) y Basauri (Bizkaia). Se atiende a personas presas en otras prisiones del Estado que así lo solicitan a través de una coordinación con los equipos de tratamiento de las mismas o las personas responsables de los programas Proyecto Hombre u otras instituciones que estén interviniendo con ellas.

4. Año de inicio de la intervención

Fundación Gizakia lleva 28 años de experiencia en procesos de acompañamiento a la reinserción sociolaboral de personas con problemas de exclusión.

- Desde el inicio del primer programa de Fundación Gizakia en Bizkaia en 1985, Proyecto Hombre, se tuvo en cuenta el papel clave de la inserción sociolaboral en los itinerarios de reinserción de las personas usuarias, ofertándose itinerarios individualizados de los que se han beneficiado también numerosas personas procedentes de centros penitenciarios
- La Comunidad Terapéutica (CT) de Gordexola ha ofertado itinerarios terapéuticos donde está indicada la residencialidad en una parte del tratamiento, incluyendo muchas personas procedentes de centros penitenciarios. De hecho, desde 2007 hasta 2012 la CT ha tenido habilitadas ocho plazas para la atención de personas drogodependientes con patología mental y sentenciadas penalmente, en virtud de un contrato administrativo con la Dirección de Drogodependencias del Gobierno Vasco. Posteriormente, se ha firmado un contrato con el Departamento de Salud del Gobierno Vasco que garantiza la atención al colectivo de personas presas que lo requieran, al establecerse expresamente que podrán solicitar plaza, entre otros,*"…los centros penitenciarios o Juzgado que ha instruido el caso de la persona que se propone para el tratamiento en programa de inejecución condicionada de pena (Programa de Medidas Alternativas al Cumplimiento en Prisión)".*
- Por su parte, el equipo de intervención en prisión de Fundación Gizakia lleva trabajando desde 1992 en los centros penitenciarios de Basauri (Bizkaia) y de Nanclares de Oca, actualmente trasladada a Zaballa (Araba/Álava), y apoyando el proceso de inserción de las personas privadas de libertad.
- Desde 1996 se cuenta con un programa de orientación y formación para el empleo específico, reflejo de la creciente importancia que este ámbito tiene para la efectiva incorporación de las personas a la sociedad.

5. Personal dedicado al proyecto

EQUIPO DE INTERVENCION DIRECTA EN PRISION:

1 educador/a social.

1 psicólogo.

EQUIPO EXTERNO. El equipo anterior se coordina y contrasta con:

1 persona coordinadora del proceso.

1 licenciado/a en psicología.

1 orientador/a sociolaboral.

1 médica.

1 psiquiatra.

1 licenciada en psicología responsable del Programa de Familias.

Además, está el equipo que atiende a las personas una vez que se han incorporado al tratamiento en cada una de las fases del mismo.

6. Número de horas/días de intervención semanal

6 horas quincenales de atención directa dentro de los centros penitenciarios.

6 horas semanales de gestión y coordinación de casos.

2 reuniones mensuales con equipos de tratamiento y de intervención en toxicomanías.

7. Número de personas atendidas el año pasado

24 personas atendidas: 21 hombres y 3 mujeres.

8. Número de personas con patología mental en el colectivo atendido (si lo sabe)

En torno al 96% de las personas atendidas presenta un diagnóstico de patología dual.

9. ¿Persisten las necesidades que detectaban en la anterior encuesta para la atención de estos pacientes?

(ANTERIOR ENCUESTA)

1. La necesidad de que exista un diagnóstico para poder adecuar cualquier itinerario o atención a la situación concreta de la persona.
2. Concienciar a las instituciones jurídico-penitenciarias sobre el hecho de que los itinerarios y las medidas se deben de hacer también en función de la patología, y no solo en función de los años de condena y de las medidas de protección al resto de las personas
3. Emisión de informes, en el momento en que la persona es excarcelada, que faciliten su atención: diagnósticos, medicaciones, atención a las citas médicas psiquiátricas (en los casos de los diagnósticos establecidos en prisión, las mismas se mantienen en las provincias de las prisiones donde estaban y no en los lugares donde son excarceladas; ahí se inicia una lista de espera como para el resto de la sociedad).
4. Posibilitar la tramitación de minusvalías, discapacidades… ya desde el centro penitenciario para que en el momento en que esté en libertad pueda al menos contar con ese recurso.

Vista anterior

5. Concienciar sobre la toma de la medicación (dependiendo de prisiones las toman en presencia o las gestionan las mismas personas).
6. Habilitar más recursos de larga permanencia y optimizar la utilización de los que ya existen con mayor número de medidas alternativas (estableciendo acuerdos con límites y normas que atiendan a la enfermedad mental y/o a la patología dual).
7. Trabajar con las familias durante la permanencia en prisión. Favorecer la educación a las mismas y medidas de apoyo que les permitan conocer la enfermedad de sus familiares y cómo abordarla.

OTRAS NECESIDADES DETECTADAS:

8. Favorecer la obtención de documentaciones importantes como la tarjeta sanitaria, DNI, empadronamientos… fundamentales para los accesos a los recursos.
9. Posibilitar un mayor conocimiento por parte de la institución penitenciaria de los recursos externos para adecuar el itinerario de cada persona en función de su perfil y de su diagnóstico al recurso más adecuado.
10. Adecuar el régimen sancionador en función del perfil de cada persona presa.
11. Adecuar las instalaciones y los espacios para atender a estas personas

10. ¿Conoce el Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios?

Sí. Entendemos que nos estamos refiriendo al PAIEM.

11. ¿Sabe si alguno de sus usuarios se encuentra incluido en dicho programa?

Desde el trabajo que venimos desarrollando en los centros penitenciarios podemos ver que las personas están siendo atendidas tanto por el equipo de profesionales médicos de Osakidetza como por los equipos de intervención en toxicomanías, dependiendo de la prisión en la que se encuentren, pero no tenemos conocimiento concreto de si están específicamente incorporados a este programa.

En función de ello existe en muchos casos un diagnóstico de enfermedad mental, con la pauta farmacológica correspondiente, así como con el correspondiente diseño del PIR, que puede suponer una temporalidad en la consecución de grados penitenciarios asociados a compromisos y actividades concretas por parte de cada una de las personas presas.

En el caso de las personas atendidas por esta entidad, el hecho de que sean drogodependientes con procesos de recaída dificulta a veces la inclusión el programa al estar en consumo activo.

12. ¿Creen que la aplicación de dicho programa ha mejorado la atención de los enfermos mentales en prisión?

Creemos que el diseño del programa puede favorecer la mejora de estas personas, así como una mejor definición y diseño de itinerarios personalizados para la futura integración social y laboral de la persona. Sin embargo, su puesta en marcha en el día a día presenta dificultades importantes en función de distintas variables:

1. Personas con consumo activo.
2. Espacios físicos donde se encuentran las mismas: no todas las prisiones tienen módulos adecuados, enfermería adecuada, ni número de profesionales dedicados a la atención de estas personas.
3. Actividades adecuadas para esta población.
4. Diagnósticos realizados en prisión para personas que no han tenido una atención previa en la comunidad y donde la enfermedad mental puede venir provocada por variables que es difícil valorar para una intervención futura.
5. Enfermedades mentales sobrevenidas.
6. Regímenes sancionadores que a veces no tienen en cuenta la enfermedad mental.
7. Existen otros casos de personas con enfermedad mental que no están siendo atendidas en estos programas, para las cuales tanto la intervención en el interior de las prisiones con relación a su enfermedad mental es escasa o nula, y la intervención en el exterior, cuando son puestas en libertad, es a veces imposible, tanto por el tiempo que han pasado en prisión y el daño que este hecho ha podido suponer, como por la inexistencia de recursos adecuados que ofrezcan la contención y atención necesaria.

13. En julio de 2011 se transfirió la sanidad penitenciaria a Osakidetza. ¿Han notado un cambio en la atención de los pacientes con enfermedad mental que son atendidos por su entidad como consecuencia de dicha transferencia?

La atención es más normalizada con relación a la población en general, pero no se ha tenido en cuenta el gran número de personas presas de la comunidad autónoma vasca que están trasladadas a prisiones fuera de la comunidad autónoma a las que no les afecta.

En el caso de la población atendida por nuestra entidad (población drogodependiente), el hecho de designar una psiquiatra que atienda la doble problemática (enfermedad mental-drogodependencia) en la prisión de Basauri está permitiendo una mejor calidad en la atención, al tener no solo un diagnóstico del caso, sino un seguimiento y contraste directo con dicha profesional, que facilita tanto la intervención en la propia prisión como un mejor abordaje del caso una vez que la persona es excarcelada para realizar un tratamiento en el exterior.

En el caso de Zaballa, la existencia del equipo de Lur Gizen permite igualmente un contraste directo y un abordaje más adecuado para cada una de las personas.

Creemos también que es un forma de normalizar las prisiones y acercar los/as profesionales sanitarios a esta realidad que posteriormente se va a atender en el exterior.

Por otro lado, no se ha realizado ningún avance con relación a la tarjeta sanitaria y a la obtención de la misma, así como al resto de documentación imprescindible para el momento en el que estas personas sean puestas en libertad.

SALHAKETA BIZKAIA

1. Misión de la entidad

Solidaridad activa con las personas presas, a base de acompañamiento social, apoyo jurídico-penitenciario y denuncia de todas las violaciones de derechos de las que sean objeto.

2. Objetivo del proyecto de intervención en prisión

Actualmente no tenemos ningún proyecto de intervención dentro de prisión. Desde el exterior y a través de visitas y correspondencia buscamos desarrollar la solidaridad activa antes descrita con todas las personas presas que se ponen en contacto con nosotr@s.

3. Centro penitenciario en el que interviene

Centros de todo el Estado español, especialmente los de la CAPV.

4. Año de inicio de la intervención

Julio de 1982.

5. Personal dedicado al proyecto

13 personas voluntarias.

6. Número de horas/días de intervención semanal

El horario de asistencia en sede es de 10 horas semanales de lunes a viernes, al que hay que añadir las visitas y cartas que puedan realizarse fuera de la oficina y/o en fines de semana.

7. Número de personas atendidas el año pasado

198 personas presas, expresas y familiares.

8. Número de personas con patología mental en el colectivo atendido (si lo sabe)

9. ¿Persisten las necesidades que detectaban en la anterior encuesta para la atención de estos pacientes?

(ANTERIOR ENCUESTA)

Ante todo, un diagnóstico adecuado por parte de los sanitarios encargados del tratamiento dentro de prisión. Conocemos casos en los que diagnósticos y tratamiento de equipos médicos extrapenitenciarios son ignorados por los equipos penitenciarios cuando el paciente ingresa en prisión o no son seguidos de forma adecuada. A veces el problema es la falta de comunicación entre equipos; otras veces los problemas son la falta de recursos, tanto materiales como humanos, de los equipos penitenciarios.

Cuando la patología es sobrevenida dentro de prisión, volvemos a encontrarnos con los mismos problemas de diagnóstico, en este caso, en forma de retraso en la detección y/o error en la consideración de su tipo o gravedad, lo que puede haber llevado en ocasiones a tratamientos inadecuados. Las dos situaciones antes descritas implican una serie de necesidades básicas que serían:

- NECESIDAD DE UN EQUIPO DE EXPERTOS EN SALUD MENTAL bien dotado de recursos, tanto humanos como materiales, para el desarrollo de diagnósticos y tratamientos adecuados.
- NECESIDAD DE COMUNICACIÓN entre los equipos médicos penitenciarios y extrapenitenciarios, tanto para aquellas personas que han sido diagnosticadas y tratadas antes de su ingreso en prisión como en los casos en que las personas diagnosticadas y tratadas en prisión recuperan la libertad y deben continuar el tratamiento fuera de prisión.

OTRAS NECESIDADES DETECTADAS:

Consideramos que las problemáticas se mantienen e incluso que se han agravado en los últimos tiempos, puesto que por la crisis se ha visto reducida la asistencia médica general (y la especializada en salud mental) hacia la población presa. Sirva como ejemplo que en las cárceles con menos de 750 personas presas se ha suprimido la presencia de un médico en el centro durante los turnos nocturnos, lo que afecta a toda la población presa en general. Igualmente se han reducido los recursos para trasladar a las personas presas a los centros hospitalarios y las asistencias de especialistas médicos. Todo ello deviene en un deterioro general de las condiciones médico-sanitarias que también afecta a la salud mental. Este hecho no afecta a las cárceles de la CAPV, pero se ha notado mucho, especialmente en las cárceles manchegas, madrileñas y andaluzas.

10. ¿Conoce el Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios?

No.

11. ¿Sabe si alguno de sus usuarios se encuentra incluido en dicho programa?

No.

12. ¿Creen que la aplicación de dicho programa ha mejorado la atención de los enfermos mentales en prisión?

No podemos opinar al respecto.

13. En julio de 2011 se transfirió la sanidad penitenciaria a Osakidetza. ¿Han notado un cambio en la atención de los pacientes con enfermedad mental que son atendidos por su entidad como consecuencia de dicha transferencia?

Consideramos que se ha dado una leve mejoría, en general, en la asistencia sanitaria de las personas presas. También en los pacientes con salud mental, pero siguen siendo necesarias muchas mejoras. No obstante, dado el empeoramiento que se ha sufrido en esta materia en la mayoría de las cárceles de fuera de la CAPV, sí es cierto que hemos recibido menor número de quejas sobre cuestiones sanitarias referidas a las cárceles vascas en los últimos dos años.

14. ¿Cree que el hecho de que se haya producido dicha transferencia parcial en materia sanitaria de Instituciones Penitenciarias a Osakidetza va a mejorar, a medio/largo plazo, la atención de estos pacientes?

Esperamos que así sea y no solo por comparación con el resto del sistema penitenciario (como ha ocurrido principalmente hasta ahora), sino porque en general se mejore el sistema público de salud vasco en general y en específico el de la salud mental. Esta mejora general debería redundar en la población presa en igualdad de condiciones respecto a la población en general.

ZUBIKO

1. Misión de la entidad

a) ZUBIKO somos una asociación de acción social de la CAPV cuya finalidad es la inserción social y laboral del colectivo de personas con problemas penales y/o penitenciarios, y consideramos el empleo como la llave que abre puertas a los proceso de inclusión.

b) Por ello, ofrecemos un acompañamiento integral de alta intensidad basado en programas especializados de media/alta exigencia, pero sobre todo desde la cercanía, para posibilitar que las personas avancen en su propio proceso. A este acompañamiento le llamamos ZUBIA.

c) Desarrollamos nuestra labor de acompañamiento social a través de la orientación sociolaboral personalizada, la intervención socioeducativa y psicosocial y la atención sociojurídica, y buscamos que las personas entiendan la situación en la que se encuentran y cómo avanzar, las razones que les han llevado a esa situación, afrontar satisfactoriamente la condena, minimizando las consecuencias del encarcelamiento, evitar recaídas, etc.

d) Además, acompañamos y apoyamos también a las personas familiares, pretendiendo evitar que el encarcelamiento desestructure a las personas de su unidad familiar, ya que entendemos que los núcleos de convivencia son claves para las personas con problemas penales.

e) En ZUBIKO tendemos puentes a la sociedad y buscamos desestigmatizar socialmente al colectivo de personas con problemas penales, porque la mejor seguridad que podemos ofrecer a nuestra sociedad es la prevención social y que estas personas puedan aportar algo a ella. Para ello es necesario que facilitemos oportunidades para que vuelvan a tener su lugar en la comunidad.

f) Aplicamos el enfoque proequidad entre hombres y mujeres en nuestra intervención socioeducativa y buscamos sobre todo cambiar estereotipos y mentalidades contrarias arraigadas profundamente en la cultura de las prisiones. Buscamos deslegitimizar la violencia machista y visibilizarla en su justa medida.

g) En ZUBIKO nos coordinamos y colaboramos con otras entidades, evitando duplicidades y favoreciendo la complementariedad con otros programas y actuaciones. A su vez, trabajamos estrechamente con las instituciones penitenciarias favoreciendo un mayor desarrollo de su intervención social.

h) Potenciamos el desarrollo personal y profesional de las personas de nuestros equipos, promoviendo la identidad colectiva, la adhesión y el sentido de pertenencia.

2. Objetivo del proyecto de intervención en prisión

a) Adelantar el inicio del proceso de inserción de la persona presa, de manera que esta salga en libertad orientada y con un conocimiento del mercado laboral al que pretende acceder.

b) Preparar a la persona presa para la salida en libertad.

c) Minimizar en la persona presa las consecuencias del encarcelamiento.

3. Centro penitenciario en el que interviene

Centros penitenciarios de Araba/Álava y Basauri (Bizkaia).

4. Año de inicio de la intervención

2002.

5. Personal dedicado al proyecto

Intervención directa: psicóloga y abogada.

Apoyo en la intervención: orientadores/as laborales.

6. Número de horas/días de intervención semanal

Una visita semanal a prisión, dedicando una media de 6 horas semanales en el interior del centro penitenciario por cada profesional (psicóloga y abogada). De forma alterna, cada semana se visita un centro penitenciario, Basauri o Araba/Álava. De este modo, la frecuencia de la visita respecto a cada centro penitenciario es quincenal. A su vez, el programa de intervención en prisión conlleva horas de dedicación en el exterior de aproximadamente 10 horas semanales.

7. Número de personas atendidas el año pasado

En 2012 se atendieron en el interior de los centros penitenciarios a un total de 48 internos. Debemos matizar que el número aproximado de internos e internas atendidas por año suele ser de entre 70-80, sin embargo, en 2012 el programa de intervención en prisiones únicamente se realizó en el segundo semestre del año por falta de financiación.

8. Número de personas con patología mental en el colectivo atendido (si lo sabe)

En 2012, 7 personas. Un 14,6% de las personas atendidas en el programa de intervención en prisiones sufrían una patología mental.

9. ¿Persisten las necesidades que detectaban en la anterior encuesta para la atención de estos pacientes?

Nos ratificamos en la respuesta de la anterior encuesta.

(ANTERIOR ENCUESTA)

Faltan profesionales especializados y programas específicos para estos enfermos. Además, consideramos que la prisión no es un entorno adecuado para el tratamiento, sino al contrario: lo perjudica.

OTRAS NECESIDADES DETECTADAS:

En los centros penitenciarios se debería priorizar la intervención con los internos e internas de cara a su reeducación y reinserción social. Sin embargo, en la realidad se atiende mayoritariamente aspectos regimentales y de seguridad.

10. ¿Conoce el Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios?

Nos consta que existe un programa para enfermos mentales a nivel oficial desde Instituciones Penitenciarias. Sin embargo, no conocemos los detalles del mismo, cómo se está realizando, ni qué implicaciones tiene.

11. ¿Sabe si alguno de sus usuarios se encuentra incluido en dicho programa?

No nos consta.

12. ¿Creen que la aplicación de dicho programa ha mejorado la atención de los enfermos mentales en prisión?

No tenemos información y referencias del mismo para valorar.

13. En julio de 2011 se transfirió la sanidad penitenciaria a Osakidetza. ¿Han notado un cambio en la atención de los pacientes con enfermedad mental que son atendidos por su entidad como consecuencia de dicha transferencia?

No hemos observado cambios en este sentido, aunque atendemos a un porcentaje muy pequeño de personas con patología mental grave. No obstante, un 60% de la población atendida por la asociación son usuarios con problemática de drogadicción y/o alcohol, atendidos por el equipo de intervención en toxicomanías, el cual sí se ha visto modificado por la transferencia a Osakidetza. En este sentido, nos ha implicado cambios en la coordinación.

14. ¿Cree que el hecho de que se haya producido dicha transferencia parcial en materia sanitaria de Instituciones Penitenciarias a Osakidetza va a mejorar, a medio/largo plazo, la atención de estos pacientes?

Desconocemos la implicación que va a tener dicha transferencia.

GIPUZKOA

CRUZ ROJA GIPUZKOA

1. Misión de la entidad

Nuestra **misión** es estar cada vez más cerca de las personas vulnerables en los ámbitos nacional e internacional a través de acciones de carácter preventivo, asistencial, rehabilitador y de desarrollo.

Los principios fundamentales son el Código de Conducta e Ideario del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, que constituyen las señas de identidad de la institución en todos los ámbitos y niveles de actuación. Estos principios son la humanidad, la universalidad, la independencia, la neutralidad, la imparcialidad, la unidad y el carácter voluntario.

2. Objetivo del proyecto de intervención en prisión

Atención a personas extranjeras/inmigrantes privadas de libertad en el centro penitenciario de Donostia-San Sebastián.

Un objetivo humanitario: proporcionar recursos personales y sociales a las personas extranjeras privadas de libertad que carecen de redes sociales de apoyo, dedicando especial dedicación al asesoramiento sobre su situación administrativa específica motivada por la legislación de extranjería.

Un objetivo de contención, prevención del delito y reinserción social: procurando un proceso de cambio en la persona mediante la gestión de los recursos necesarios para que la persona salga en una situación social más sólida a la que presentaba previa al ingreso.

3. Centro penitenciario en el que interviene

Martutene (Donostia-San Sebastián).

4. Año de inicio de la intervención

2004.

5. Personal dedicado al proyecto

1 persona a jornada completa.

6. Número de horas/días de intervención semanal

39 horas semanales. El programa está ubicado en la prisión y entra diariamente al interior.

7. Número de personas atendidas el año pasado

El año pasado, 104.

8. Número de personas con patología mental en el colectivo atendido (si lo sabe)

9. ¿Persisten las necesidades que detectaban en la anterior encuesta para la atención de estos pacientes?

(ANTERIOR ENCUESTA)

Mayor coordinación con la red psiquiátrica externa por parte de los servicios médicos.

Figuras de acompañamiento que puedan acompañar a internos con patología psiquiátrica a centros de día, ya que nos encontramos con que requieren de dicho acompañamiento para ir y venir internos en tercer grado y 100.2, y a quienes sus familiares no pueden acompañar.

Recursos externos de baja exigencia.

OTRAS NECESIDADES DETECTADAS:

Problemática de la presencia de personas extranjeras que no disponen de TIE.

10. ¿Conoce el Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios?

Sí.

11. ¿Sabe si alguno de sus usuarios se encuentra incluido en dicho programa?

Sí.

12. ¿Creen que la aplicación de dicho programa ha mejorado la atención de los enfermos mentales en prisión?

Sí, permite una perspectiva transversal y más integradora y multidisciplinar.

13. En julio de 2011 se transfirió la sanidad penitenciaria a Osakidetza. ¿Han notado un cambio en la atención de los pacientes con enfermedad mental que son atendidos por su entidad como consecuencia de dicha transferencia?

Sí, mayor presencia de la psiquiatra.

14. ¿Cree que el hecho de que se haya producido dicha transferencia parcial en materia sanitaria de Instituciones Penitenciarias a Osakidetza va a mejorar, a medio/largo plazo, la atención de estos pacientes?

Facilita la visibilidad del colectivo de personas con enfermedad mental privadas de libertad en la red de Osakidetza, que hasta el traspaso de las competencias vivía de espaldas a este colectivo.

El eterno tema de las transferencias en las luchas interinstitucionales al final deja a las personas privadas de libertad en situación de mayor vulnerabilidad: al transferirse las competencias, estos usuarios, al formar ya parte de la red, participan de manera más rápida y eficaz de los recursos existentes (CSM, centros de día, etc.).

FUNDACIÓN IZAN

1. Misión de la entidad

Fundación IZAN se constituyó en el año 1983 como una entidad privada sin ánimo de lucro para impulsar la creación, desarrollo y perfeccionamiento de toda clase de actividades y servicios en el campo del tratamiento de las drogodependencias. Por ello, promueve la apertura del Programa Proyecto Hombre para la atención integral de drogodependientes y sus familias.

En el año 1997 amplía su ámbito de actuación, creando el programa Norbera, que aborda las diferentes problemáticas propias del adolescente en situación de riesgo o desprotección y de sus familias.

Se atiende a cualquier persona que solicite sus servicios, sin distinción por sexo, raza, creencia, situación de salud mental y física, del grado de exclusión social y de la problemática judicial en que se encuentre.

Se realiza un abordaje integral de las situaciones, prestando atención a aspectos personales, familiares, formativo/laborales y sociales.

La intervención individual y grupal se fundamenta en un estilo de relación empática, y parte de la confianza en las capacidades de la persona afectada y de su familia para afrontar y superar sus dificultades.

2. Objetivo del proyecto de intervención en prisión

- Cambiar el hábito de consumo de sustancias tóxicas.
- Asumir la realidad personal como drogodelincuente.
- Iniciar una anamnesis personal.
- Posibilitar la excarcelación e ingresar en Proyecto Hombre Gipuzkoa.

3. Centro penitenciario en el que interviene

Centro penitenciario de Donostia-San Sebastián.

4. Año de inicio de la intervención

1985.

5. Personal dedicado al proyecto

- Cinco terapeutas.
- Una abogada.

6. Número de horas/días de intervención semanal

4 horas.

7. Número de personas atendidas el año pasado

53.

8. Número de personas con patología mental en el colectivo atendido (si lo sabe)

15.

9. ¿Persisten las necesidades que detectaban en la anterior encuesta para la atención de estos pacientes?

No persiste la misma necesidad porque se ha incluido el servicio de salud mental. Como es de reciente implantación, estamos trabajando en la mejora de la coordinación y la comunicación.

OTRAS NECESIDADES DETECTADAS:

Mayor control en el ámbito farmacológico para evitar la automedicación.

10. ¿Conoce el Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios?

No.

11. ¿Sabe si alguno de sus usuarios se encuentra incluido en dicho programa?

No.

12. ¿Creen que la aplicación de dicho programa ha mejorado la atención de los enfermos mentales en prisión?

13. En julio de 2011 se transfirió la sanidad penitenciaria a Osakidetza. ¿Han notado un cambio en la atención de los pacientes con enfermedad mental que son atendidos por su entidad como consecuencia de dicha transferencia?

El equipo que intervenimos en el centro penitenciario es relativamente nuevo y en aquella época no formábamos parte del programa.

14. ¿Cree que el hecho de que se haya producido dicha transferencia parcial en materia sanitaria de Instituciones Penitenciarias a Osakidetza va a mejorar, a medio/largo plazo, la atención de estos pacientes?

Sí.

IRESGI

1. Misión de la entidad

El instituto, en adelante IRESGI, tiene como fines, entre otros:

- Promover y realizar programas de asistencia integral y multidisciplinar que preserven y promocionen los derechos de las personas en riesgo de exclusión social, conductas antisociales, delictivas y/o privadas de libertad, en cuanto a educación, cultura, desarrollo personal integral, accesos a servicios sociales y que garanticen las herramientas necesarias para una eficaz inserción y reinserción sociolaboral.
- Sensibilizar a la sociedad de la situación y necesidades de las personas en riesgo de exclusión social, con el fin de facilitar su reinserción sociolaboral.
- Colaborar en la ruptura del aislamiento para con su medio sociolaboral que sufren las personas privadas de libertad, dando a conocer la cultura vasca.
- Colaborar con las instituciones públicas o privadas en la difusión y/o realización de programas y/o actividades que coincidan con los fines de esta asociación.

2. Objetivo del proyecto de intervención en prisión

- Desarrollar una herramienta o estrategia novedosa que posibilite la inserción sociolaboral de las personas presas, facilitando una derivación desde el interior al exterior de la cárcel más sencilla y no tan burocrática.
- Favorecer itinerarios de inserción laboral que posibiliten la superación de situaciones de exclusión, desarrollando actividades de formación específica de inserción laboral dentro de prisión.
- Promover la participación y la inclusión social mediante el desarrollo de las capacidades del individuo, realizando intervenciones para mejorar o aprender habilidades sociales encaminadas a iniciar relaciones en el exterior, mejorar las relaciones preexistentes y acceder al mercado laboral.
- Ofrecer servicios orientados a cubrir las necesidades básicas de atención psicosocial de una manera integral, creando y apoyando programas dentro y fuera de la cárcel, que trabajen las actitudes y aptitudes que favorecen la empleabilidad como la motivación personal y laboral.
- Implementar nuestros servicios mediante el trabajo en red y la coordinación con otras asociaciones e instituciones, con el fin de ofrecer apoyo integral a las personas que salen de prisión: techo, comida e inserción laboral, de cara a una futura independencia.
- Sensibilizar a la sociedad y con tratadores de cara a facilitar la inserción sociolaboral de este colectivo.

3. Centro penitenciario en el que interviene

Centro Penitenciario de Martutene.

4. Año de inicio de la intervención

- Programa de intervención sociocultural y deportivo: año 1992.
- Servicio de inserción sociolaboral: año 2010.

5. Personal dedicado al proyecto

- Educadoras sociales: 3.
- Monitores específicos: 3.
- Voluntariado impartiendo cursos: 2.
- Alumnos de la UPV/EHU en prácticas: 4.
- Voluntariado colaborando en actividades concretas: unos 20.

6. Número de horas/días de intervención semanal

- Educadores sociales: 40 horas semanales, 6 días a la semana.
- Monitores específicos: de 2 a 4 horas semanales, dependiendo del curso.
- Alumnos de la UPV/EHU: 175 horas por curso académico.
- Voluntariado para actividades concretas: 2 horas por actividad.
- Voluntariado impartiendo cursos: 2 horas a la semana.

7. Número de personas atendidas el año pasado

902 personas atendidas.

8. Número de personas con patología mental en el colectivo atendido (si lo sabe)

En estos momentos hay 12 personas diagnosticadas con patología mental, pero se calcula que el 90% de la población reclusa tiene trastorno de la personalidad en mayor o menor medida sin diagnosticar.

9. ¿Persisten las necesidades que detectaban en la anterior encuesta para la atención de estos pacientes?

(ANTERIOR ENCUESTA)

Dependencias adecuadas, actividades tratamentales específicas a sus necesidades y personal cualificado y preparado para tratar este tipo de enfermos, tanto a nivel del equipo médico como de funcionariado en general.

Vista anterior

Además, sería necesaria mayor implicación en la preparación de la salida de prisión y/o derivaciones para evitar recaídas, trabajando el área laboral, social, familiar y personal

OTRAS NECESIDADES DETECTADAS:

Continúan las mismas necesidades.

10. ¿Conoce el Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios?

Sí.

11. ¿Sabe si alguno de sus usuarios se encuentra incluido en dicho programa?

Sí. Tenemos un curso específico para dicho colectivo y en las demás actividades organizadas hay usuarios incluidos en este programa integrados en las mismas.

12. ¿Creen que la aplicación de dicho programa ha mejorado la atención de los enfermos mentales en prisión?

En algunos casos, sí.

13. En julio de 2011 se transfirió la sanidad penitenciaria a Osakidetza. ¿Han notado un cambio en la atención de los pacientes con enfermedad mental que son atendidos por su entidad como consecuencia de dicha transferencia?

Se han hecho grupos de apoyo específicos con psicólogos y psiquiatras de Osakidetza.

14. ¿Cree que el hecho de que se haya producido dicha transferencia parcial en materia sanitaria de Instituciones Penitenciarias a Osakidetza va a mejorar, a medio/largo plazo, la atención de estos pacientes?

Creemos que sí, aunque todavía es pronto para realizar un valoración, ya que lleva poco tiempo implantado y la naturaleza de este tipo de enfermedades puede requerir más tiempo para su valoración.

LOIOLA ETXEA

1. Misión de la entidad

Loiola Etxea es una comunidad de vida donde conviven jesuitas, laicos, personas liberadas-contratadas, voluntarios y personas en exclusión, principalmente con experiencia penitenciaria.

2. Objetivo del proyecto de intervención en prisión

Valorar a aquellas personas que han sido derivadas a Loiola Etxea por las trabajadoras sociales del centro penitenciario interesadas en realizar un proyecto educativo de cara a su reinserción.

3. Centro penitenciario en el que interviene

Principalmente Martutene, aunque trimestralmente se visita Zaballa (Araba/Álava) y anualmente se realizan visitas a otros centros penitenciarios por año (Santoña, La Moraleja, Villabona…).

4. Año de inicio de la intervención

2000.

5. Personal dedicado al proyecto

Director, un ecónomo, una psicóloga a media jornada, una educadora social-psicopedagoga, una trabajadora social y una persona con tareas de limpieza y cocina.

6. Número de horas/días de intervención semanal

El centro no se cierra. Está abierto 24 horas, 7 días a la semana.

7. Número de personas atendidas el año pasado

Personas atendidas en el interior del Centro Penitenciario de Martutene: 42 personas atendidas de manera continuada, no puntual.

Personas atendidas en otros centros penitenciarios: no tenemos registro, por no ser personas de acompañamiento estable.

Personas atendidas en el recurso en la etapa residencial: 21.

Personas atendidas en el recurso de transición interna: 9.

Personas atendidas en transición externa: 34.

8. Número de personas con patología mental en el colectivo atendido (si lo sabe)

No tenemos datos concretos.

9. ¿Persisten las necesidades que detectaban en la anterior encuesta para la atención de estos pacientes?

(ANTERIOR ENCUESTA)

Necesidad de un diagnóstico, mayor atención terapéutica.

OTRAS NECESIDADES DETECTADAS:

Necesidad de recursos residenciales para personas con enfermedad mental que no pueden acceder a recursos de inserción debido a su falta de convivencia o patología grave.

Se observa que gran parte de los internos toman excesiva medicación, por lo que acuden a las entrevistas con cierto atontamiento, y cuando salen a la calle, los médicos externos les dan una nueva medicación o corrigen la toma de la misma.

10. ¿Conoce el Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios?

El conocimiento que tengo es de manera informal, a través de internos/as o a través del equipo del centro penitenciario (trabajadoras sociales) también de manera informal.

11. ¿Sabe si alguno de sus usuarios se encuentra incluido en dicho programa?

Sí, han sido además orientados a acercarse a esos programas por iniciativa nuestra.

12. ¿Creen que la aplicación de dicho programa ha mejorado la atención de los enfermos mentales en prisión?

Sí, ya que permite iniciar un proceso que luego se podrá continuar fuera de los centros penitenciarios. Sigue existiendo el problema de la toma de excesiva medicación pautada, que sorprende a los médicos externos.

13. En julio de 2011 se transfirió la sanidad penitenciaria a Osakidetza. ¿Han notado un cambio en la atención de los pacientes con enfermedad mental que son atendidos por su entidad como consecuencia de dicha transferencia?

Los internos conocen que existe un servicio de atención a personas con enfermedad mental, pero no hacen mención a cambios, y nosotros como entidad no hemos observado cambios significativos en el funcionamiento de las personas.

14. ¿Cree que el hecho de que se haya producido dicha transferencia parcial en materia sanitaria de Instituciones Penitenciarias a Osakidetza va a mejorar, a medio/largo plazo, la atención de estos pacientes?

A medio-largo plazo creo que va a mejorar, ya que la atención de las personas una vez que salen de los centros penitenciarios puede coordinarse con la atención sanitaria que han recibido en el interior, mejorando las pautas de actuación y conociendo el historial de la persona.

Bibliografía

Vista anterior

Bibliografía

Abad, A.; Dueñas, C.; Carmona, J.; Carrasco, J.J.; Fernández, C.; Fernández-Osuna, F.J.; Hernández, M.; Herrera, R.; Markez, I.; Ramos, J.; Rendueles, G.; Santos, F.; Roig, A. La atención a la salud mental de la población reclusa. Revista Norte de Salud Mental, 2003, nº 17, págs. 64-67.

American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Health care for children and adolescents in the juvenile correctional care system. Pediatrics, 2001, 107: 799-803.

American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV-TR. 2002.

Ararteko. Actuaciones del Ararteko en defensa de los colectivos de atención pública. Personas en prisión. Informe anual al Parlamento Vasco 2012, capítulos III.5. y III.6. http://goo.gl/3WPJDV.

Arroyo, W.; Buzogany, W.; Hansen, G. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Task Force on Juvenile Justice Reforms: Recommendations for Juvenile Justice Reform. Washington, DC: AACAP 2001.

Arroyo-Cobo, J.M. Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo. Revista Española de Sanidad Penitenciaria, 2011, vol. 13, págs. 100-111.

Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía. Enfermos mentales en las prisiones ordinarias: un fracaso de la sociedad del bienestar. Febrero de 2007. www.apdha.org.

Bailey, S.; Tarbuck, P. Recent advances in the development of screening tools for mental health in young offenders. Current Opinion in Psychiatry, 2006, 19: 373-377.

Barrios Flores, L.F. Origen, evolución y crisis de la institución psiquiátrico penitenciaria. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2007, vol. 27, nº 2.

Calvo Estupiñán, P.; Soler González, C.; Día Sahún, J.L.; Ventura Faci, T. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes ingresados por el Servicio de Psiquiatría en el Módulo Penitenciario del H.U.M.S. Revista Española de Sanidad Penitenciaria, 2008, vol. 10, págs. 69-72.

Carrasco Andrino, M.M. Salud mental y prisión de larga duración: una panorámica del mundo anglosajón. Revista de Derecho y Proceso Penal, 2009, págs. 109-120.

Cervera Salvador, S. Suspensión de la ejecución de la pena por enajenación sobrevenida. Jornadas Nacionales de Salud Mental y Prisión. Revista Cauce, 2009.

CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Organización Mundial de la Salud. Editorial Meditor. Madrid, 1992.

Comisión de Transversalidad de la Estrategia de Salud Mental del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad / Subcomisión Penitenciaria / (Secretaria General de IIPP). Estrategias en Salud Mental del SNS. Documento de consenso de las comisiones de análisis de casos de personas con enfermedad mental sometidas a penas y medidas de seguridad. Diciembre de 2012.

Consejo General de la Abogacía Española. Los enfermos mentales en el sistema penitenciario. 2013. www.abogacia.es.

Defensores del pueblo. Protección de las personas con enfermedad mental. XXVII Jornadas de Coordinación de Defensores del Pueblo. Junio de 2012.

Departamento de Justicia, Empleo y Seguridad Social del Gobierno Vasco. Líneas generales de Política de Ejecución Penal y Penitenciaria. Aproximación a un modelo para CAPV. Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco. 2006.

Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, Secretaría General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior, Osakidetza. Curso de sanidad penitenciaria para profesionales sanitarios de Osakidetza. Marzo de 2012.

Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario. Junio de 2007.

Echeburúa, E.; Corral, P. de. Avances en el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos de la Personalidad. 1999, vol. 25, nº 102.

Esbec, E.; Echeburúa, E. La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM V. Actas Españolas de Psiquiatría, 2011, vol. 39 (1): 1-11.

Etxebarria Zarrabeitia, X. Jornadas Psiquiatría y Derecho. Las Medidas de Seguridad en los Trastornos de la Personalidad. 2008.

Fábrega Ruiz, C.F. Situación de deficientes y enfermos mentales en prisión: realidad y alternativas a la luz de la discusión sobre los fines de la pena. Curso sobre la actual Doctrina de Imputabilidad Penal organizado por el Consejo General del Poder Judicial. 2006.

Fazel, S.; Doll, H.; Langström, N. Mental disorders among adolescents in juvenile detention and correctional facilities: a systematic review and metaregression analysis of 25 surveys. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2008, 47(9): 1.010-1.019.

Folino, J.O.; Mayer, E. Juvenile offenders assessment. Current Opinion in Psychiatry. 2011, 24: 436-441.

Fundación Enlace. Prisión y salud mental: una intervención urgente. http://fontcalent.wordpress.com/2009/03/18/prision-y-salud-mental-una-intervencion-urgente/.

Gobierno. Proyecto de Ley Orgánica por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial de las Cortes Generales de 7 de septiembre de 2012, nº 17-1.

Gómez-Escolar, P. Algunos problemas que plantea la ejecución de la medida de internamiento psiquiátrico y la de tratamiento externo. Jornadas Nacionales de Salud Mental y Prisión. Revista Cauce, 2009.

Johnson, J.G.; Cohen, P.; Kasen, S.; Skodol, A.E.; Oldham, J.M. Cumulative prevalence of personality disorders between adolescence and adulthood. Acta Psych Scandinavica, 2008, 118: 410-413.

Ministerio del Interior. Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Hospitales psiquiátricos dependientes de la Administración Penitenciaria: propuesta de acción. 2011. www.mir.es.

Ministerio de Sanidad y Política Social; Ministerio de Ciencia e Innovación; Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud; Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Guías de Práctica Clínica en el SNS, 2009.

Napal, J. Funcionarios de Martutene denuncian las "pésimas condiciones" que afectan a los presos. Noticias de Gipuzkoa. Septiembre de 2008. http://goo.gl/3G9aC4.

Presidencia del Gobierno Vasco. Decreto 140/2011, de 28 de junio, por el que se aprueba el Acuerdo de 22 de junio de 2011 de la Comisión Mixta de Transferencias sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Autónoma del País Vasco en materia de sanidad penitenciaria. BOPV de 30 de junio de 2011.

Ramos Montes, J. La atención a la salud mental en los diferentes ámbitos de la ejecución penal: ¿qué modelo necesitamos? Revista Española de Sanidad Penitenciaria, 2012, vol. 14, nº 2.

Robins, L.N.; Ratcliff, K.S. Risk factors in the continuation of childhood antisocial behavior into adulthood. Int J Ment-Health, 1979, 7: 96-111.

Rodriguez, M.V. The ethics of a genetic screening study for antisocial personality disorder with mesoamericans. Journal of Nervous and Mental Health, 2012, 200: 260-264.

Rojo Beltrán, E. Breves notas sobre las medidas de seguridad. Especial referencia al internamiento psiquiátrico. Jornadas Nacionales de Salud Mental y Prisión. Revista Cauce, 2009.

Secretaría General de Coordinación Territorial y Medio Ambiente. Protocolo de aplicación del Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios (PAIEM). Septiembre de 2009.

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. El sistema penitenciario español. http://goo.gl/nR7tgG.

Torgersen, S.; Kringlen, E.; Cramer, V. The prevalence of personality disorders in a community simple. Archives of General Psychiatry, 2001, 58: 590-596.

Van 't Hoff, G.; Looff, J. de; Latooij, H. Asistencia de los reclusos con problemas de salud mental en Holanda. Revista Española de Sanidad Penitenciaria, 2009, 11: 35-41.

Vaño Hurtado, N. Problemática de los enfermos mentales en el cumplimiento de las penas de prisión. Jornadas Nacionales de Salud Mental y Prisión. Revista Cauce, 2009.

Vicens Pons, E. La atención psiquiátrica en las medidas de seguridad: recursos y gestión clínica. Octubre de 2003. Aproximación a la metodología para el estudio de los trastornos mentales en la población penitenciaria. El Estudio Preca. Revista Española de Sanidad Penitenciaria, 2009, vol. 11, nº 1.

Vizueta Fernández, J. El trastorno mental grave apreciado después de dictarse sentencia firme. Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología, 2007, nº 09-04, págs. 04:1-04:15.

Wilens, T.E.; Dodson, W. A clinical perspective of attention-deficit/hyperactivity disorder into adulthood. J Clin Psychiatry, 2004, 65: 1.301-1.313.

Zulaika, D.; Etxeandia, P.; Bengoa, A.; Caminos, J.; Arroyo Cobo, J.M. Un nuevo modelo asistencial penitenciario: la experiencia del País Vasco. Revista Española de Sanidad Penitenciaria, 2012, vol. 14, págs. 91-98.

Publicaciones del Ararteko

Vista anterior

Publicaciones del Ararteko

Informes extraordinarios

- *Los calabozos. Centros de detención municipales y de la Ertzaintza.* 1991.
- *Los psiquiátricos. Situación de los enfermos mentales en los hospitales psiquiátricos.* 1992.
- *Las residencias de tercera edad en la Comunidad Autónoma Vasca (1992-1993).* 1994.
- *Cinco años de la Institución del Ararteko en el País Vasco (1989-1994).* 1994.
- *Informe extraordinario sobre la asistencia no residencial a la tercera edad en la Comunidad Autónoma del País Vasco (1994-1995).* 1996.
- *Situación de las cárceles en el País Vasco.* 1996.
- *Atención a la infancia y a la adolescencia en situación de desprotección.* 1997.
- *Intervención con menores infractores.* 1998.
- *Protección de la calidad del agua en los embalses del sistema Zadorra.* 1999.
- *La situación de los servicios sociales de base en la CAPV.* 1999.
- *Atención comunitaria de la enfermedad mental.* 2000.
- *La respuesta a las necesidades educativas especiales en la CAPV.* 2001.
- *Situación de la población temporera en Álava.* 2002.
- *La integración laboral de las personas con discapacidad en la CAPV.* 2003.
- *Accesibilidad en edificios de uso público de la Comunidad Autónoma del País Vasco.* 2003.
- *Respuesta institucional a la violencia contra las mujeres en la CAPV.* 2003.
- *Atención a personas mayores en la CAPV: servicio de asistencia domiciliaria, centros de día y centros residenciales.* 2005.
- *Situación de los menores extranjeros no acompañados en la CAPV.* 2005.
- *Respuesta a las necesidades básicas de las personas sin hogar y en exclusión grave.* 2006.
- *Convivencia y conflictos en los centros educativos.* 2006.
- *Las políticas públicas de vivienda dirigidas a la población joven en la CAPV.* 2007.
- *Atención sociosanitaria: una aproximación al marco conceptual y a los avances internacionales y autonómicos*. 2008.
- *Condiciones de trabajo en el tercer sector de intervención social.* 2008.
- *Atención institucional a las víctimas del terrorismo en Euskadi.* 2009.
- *La transmisión de valores a menores.* 2009.
- *La situación de las personas transgénero y transexuales en Euskadi.* 2009.
- *El papel de las instituciones vascas respecto a los consumos de drogas de la adolescencia.* 2010.

- ***La situación de los servicios sociales de base en la Comunidad Autónoma del País Vasco.*** 2010.
- ***Diagnóstico de accesibilidad del sistema de transporte público en la CAPV.*** 2011.
- ***Infancias vulnerables.*** 2011.
- ***La aplicación de la ley de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia en la CAPV.*** 2011.
- ***E-inclusión y participación ciudadana en las esferas social y pública a través de las TIC en Euskadi.*** 2013.
- ***La atención sociosanitaria a la salud mental de las personas privadas de libertad en la CAPV.*** 2014.

Informes anuales

- Volúmenes: 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013.

Recomendaciones

- ***Recomendaciones*** 2002, 2003, 2004.

Otras publicaciones

- ***Normas de redacción / Idatz arauak.*** 1992.
- ***Tercera Conferencia Europea del Ombudsman. La importancia del Ombudsman regional.*** 1993.
- ***Dichos y hechos / Esanak eta eginak.*** Juan San Martín, Araarteko. 1994.
- ***XV Jornadas de Coordinación de Defensores del Pueblo.*** 2000.

Facsímiles

- ***Jaquin-bide Iritarautia -*** 1820. Texto manuscrito inédito, en euskara, sobre la Constitución de Cádiz, adaptado para la enseñanza. 1991.
- ***La Instituta*** de Gayo. 1992. (De la primera edición española, Madrid, 1845).
- ***De indis insulanis. De iure belli.*** Fray Francisco de Vitoria, 1993. (De la primera edición en Lyon, 1557).
- ***Cartas sobre la policía.*** Valentín de Foronda, 1998. (De la 2ª edición en Pamplona, 1820).
- ***Apología por los Agótes de Navarra y los Chuetas de Mallorca, con una breve digresión á los vaqueros de Asturias.*** Miguel de Lardizábal y Uribe, 2000. (De la primera edición en Madrid, 1786).
- ***Discurso sobre las penas contrahido á las leyes criminales de España, para facilitar su reforma.*** Manuel de Lardizábal y Uribe, 2001. (De la primera edición en Madrid, 1782).
- ***Discursos inéditos.*** Javier María de Munibe, 2002.
- ***Catalin y otras voces de mujeres en el siglo XVIII.*** Rita de Barrenechea y otras autoras. 2006.

Colección de Derechos Humanos «Padre Francisco de Vitoria» (trabajos becados)

- E. J. Ruiz. ***El derecho al ambiente como derecho de participación.*** 1993.
- M. Á. Encinas. ***Viviendas de protección oficial y arrendamientos en el País Vasco (1982-1991).*** 1994.
- G. Varona. ***La inmigración irregular. Derechos y deberes humanos.*** 1994.
- A. Bergara. ***Hezkuntza- eta Hizkuntza-eskubideak indarreko lege-araubidean.*** 1996.
- Mª J. Fernández de Landa. ***El control interinstitucional en la Unión Europea.*** 1996.
- I. P. Sánchez. ***Rechazo social hacia las personas seropositivas en la CAPV.*** 1998.
- J. Morquecho. ***Intervención comunitaria en Euskadi. Acercamiento a la acción social sobre la exclusión.*** 1999.
- G. Moreno. ***Trabajo y ciudadanía. Un debate abierto.*** 2003.
- A. Olarte. ***Alternativas a la cárcel en Euskadi: el trabajo en beneficio de la comunidad.*** 2006.
- B. Sicilia. ***Derechos fundamentales y Constitución Europea***. 2006.
- J. Zarauz. ***Incidencia del padrón municipal en el ejercicio de los derechos de las personas extranjeras en situación irregular.*** 2007.
- I. Mujika. ***Visibilidad y participación social de las mujeres lesbianas en Euskadi.*** 2007.

Colección de Derechos Humanos «Francisco de Vitoria»

Foros de reflexión y participación

- ***La convivencia y los conflictos en el ámbito escolar.*** 2007.
- ***Adolescentes y jóvenes lesbianas, gays, transexuales y bisexuales: dificultades y rechazos en su desarrollo personal, en sus relaciones y en su socialización.*** 2008.
- ***Cannabis. Usos, seguridad jurídica y políticas.*** 2011.

Jornadas

- ***La actualidad de los derechos sociales.*** 2008.
- ***Los retos de las políticas públicas en una democracia avanzada.*** 2009.
- ***Los derechos sociales en tiempos de crisis*** (CD-ROM). 2012.

Colección de Derechos Humanos «Juan San Martín» (trabajos becados)

- J. M. Septién. ***Una escuela sin fronteras. La enseñanza del alumnado inmigrante en Álava.*** 2006.
- A. Bacigalupe, U. Martín. ***Desigualdades sociales en la salud de la población de la CAPV.*** 2007.
- J. L. Fuentes, T. L. Vicente. ***La población magrebí en el País Vasco. Situación y expectativas.*** 2007.
- F. J. Leturia, N. Etxaniz. ***Los derechos de las personas mayores y la prevención del mal trato.*** 2009.
- I. Orbegozo, A. I. Pérez, L. Pego. ***La suspensión individual de derechos en supuestos de terrorismo: especial consideración de la detención incomunicada.*** 2009.
- A. Gozalo, E. Jiménez, L. Vozmediano. ***¿Menores o extranjeros? Análisis de las políticas de intervención sobre menores extranjeros no acompañados.*** 2010.
- M. Arnoso, M. Mazkiaran, A. Arnoso, S. Luciani, A. Villalón, A. Otaegi. ***Acceso de la población inmigrante en la Comunidad Autónoma Vasca a los servicios y prestaciones.*** 2011.
- Farapi: Ana Beatriz Rodríguez Ruano, Oihane García Santiago, Amaia Benito Pumarejo, Araitz Rodríguez Gutiérrez, Nerea Elías Muxika, Begoña Pecharromán Ferrer. ***Aplicación de los derechos de las personas usuarias y consumidoras en la Comunidad Autónoma del País Vasco*** (CD-ROM). 2012.

Materiales didácticos

- G. Azkarate, L. Errasti, M. Mena. ***Materiales para la educación en Derechos Humanos*** (E. Secundaria). 2000.
- Varias autoras (IPE). ***Nuestros derechos*** (E. Primaria). 2001.
- E. Acero, I. Mier. ***Los derechos humanos en juego*** (E. Secundaria). 2001.
- Mugarik Gabe. CD ***Sortuz / Generando.*** 2004.
- Trabajos de alumnos. ***Gure eskubideak / Nuestros derechos.*** 2004.
- ***CiberBullying. Material didáctico para la prevención del acoso por medio de las nuevas tecnologías.*** 2008.
- ***Ventanas. Una Aventura REAL en un Mundo VIRTUAL. Disfrutar de Internet… sin caer en la Red.*** 2008.

Colección «Jornadas sobre derechos humanos»

- ***El derecho a la no discriminación por motivo de raza.*** 1997.
- ***Vigencia y futuro de la Declaración Universal de los Derechos Humanos en su 50 aniversario.*** 1998.
- ***Los derechos no caducan con la edad: el año internacional de las personas mayores.*** 1999.
- ***Una cultura de paz: cimiento para los derechos humanos***. 2000.
- ***Responsabilidad penal de los menores: una respuesta desde los derechos humanos.*** 2001.
- ***Derechos humanos y nuevas tecnologías.*** 2002.
- ***La prevención y erradicación de la tortura y malos tratos en los sistemas democráticos.*** 2003.
- ***El trabajo en el siglo XXI: perspectivas de futuro.*** 2004.
- ***Nuevas familias y principio de igualdad: un debate abierto.*** 2005.
- ***El Ararteko: un Ombudsman para el siglo XXI.*** 2006.
- ***La participación ciudadana en las decisiones sobre infraestructuras de incidencia ambiental o con impacto social. IV Foro de reflexión y participación ciudadana: La participación ciudadana: ¿ficción o realidad?*** 2007.
- ***Salud mental y derechos de las personas.*** 2008.
- ***Los sistemas de protección de la infancia y sus retos.*** 2009.
- ***Hacia una revisión de las políticas públicas de apoyo a la conciliación de la vida laboral, familiar y personal.*** 2010.
- ***Las enfermedades raras: luces y sombras de una realidad que precisa de atención pública.*** 2011.
- ***Los derechos de las personas consumidoras y usuarias y la prestación de servicios de interés general por empresas privadas*** (CD-ROM). 2012.
- ***La protección de los derechos de las personas en sus relaciones con las entidades financieras*** (CD-ROM). 2013.

ararteko

Herriaren Defendatzailea

Defensoría del Pueblo

www.ararteko.net