

Treball de Final de Grau/Màster / Trabajo de Final de Grado/Máster

TÍTOL / TÍTULO

***Trastorno mental grave y prisión:
Prevalencia, perfil psicosocial y tratamiento***

Autor/a / Autor/a: Janire Vivas Dañobeitia

Director/a / Director/a: Daniel Pinazo

Tutor/a o supervisor/a / Tutor/a o supervisor/a: Carlos Rebolleda

Data de lectura / Fecha de lectura: Junio 2021

RESUM/RESUMEN

A lo largo del presente Trabajo Fin de Máster (TFM), por un lado, se aborda el fenómeno de la prevalencia y el perfil aproximado de las personas con enfermedad mental dentro del ámbito penitenciario, tanto a nivel nacional como internacional. Por otro lado, se analizan las diferentes intervenciones y programas que se están llevando a cabo dentro del citado ámbito con el colectivo señalado.

Para ello, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica, así como un trabajo de campo realizado en el centro penitenciario de Bilbao.

Por lo tanto, mediante este trabajo, no sólo se pretende delimitar la prevalencia y el perfil aproximado de los internos con enfermedad mental a nivel general, tanto en el ámbito nacional como en el internacional, sino también, en particular, de los pertenecientes al centro penitenciario de Bilbao. Además de ello, se analizan los diferentes programas de intervención existentes dirigidos a este colectivo, con la finalidad de determinar cual está siendo su influencia en los procesos de rehabilitación psicosocial de las personas con enfermedad mental.

Paraules clau/palabras clave: Enfermedad mental, prevalencia, perfil, prisión, tratamiento, programas, rehabilitación psicosocial

ABSTRACT

Throughout this Master's Thesis (TFM), on the one hand, the phenomenon of the prevalence and the approximate profile of people with mental illness within the prison environment, both nationally and internationally, is addressed. On the other hand, the different interventions and programs that are being carried out within the aforementioned area with the aforementioned group are analyzed.

For this purpose, a bibliographical review has been carried out, as well as a field work carried out in the penitentiary center of Bilbao.

Therefore, the aim of this work, is not only to delimit the prevalence and approximate profile of inmates with mental illness at a general level, both nationally and internationally, but also, in particular, of those belonging to the penitentiary center of Bilbao. In addition, the different existing intervention programs aimed at this group are analyzed, in order to determine their influence on the psychosocial rehabilitation processes of people with mental illness.

Keywords: mental illness, prevalence, profile, prison, treatment, programs, psychosocial rehabilitation

ÍNDICE DE CONTENIDO

| | |
|--|----|
| RESUM/RESUMEN | 2 |
| ABSTRACT..... | 3 |
| 1- INTRODUCCIÓN..... | 5 |
| 2- CONCEPTOS CLAVE Y PREVALENCIA ENFERMEDAD MENTAL EN EL ÁMBITO PENITENCIARIO | 7 |
| 2.1. Conceptos clave | 7 |
| 2.2. Prevalencia a nivel nacional: | 8 |
| 2.3. Prevalencia a nivel internacional: | 13 |
| 3- PERFIL SOCIO DEMOGRÁFICO DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN EL ÁMBITO PENITENCIARIO | 18 |
| 3.1. Perfil socio demográfico a nivel nacional | 18 |
| 3.2. Perfil socio demográfico a nivel internacional | 19 |
| 4- EL TRATAMIENTO PENITENCIARIO | 22 |
| 4.1. Actividades y programas de tratamiento | 22 |
| 4.2. Programas específicos dirigidos al colectivo de personas con enfermedad mental .. | 23 |
| 4.3. Resultados programas específicos | 27 |
| 5- LA REALIDAD DEL COLECTIVO DE ENFERMOS MENTALES EN EL CENTRO PENITENCIARIO DE BILBAO | 32 |
| 5.1. Prevalencia..... | 32 |
| 5.2. El perfil clínico | 33 |
| 5.3. El perfil socio demográfico..... | 35 |
| 5.4. El Tratamiento | 39 |
| 5.4.1. Modelo de atención..... | 39 |
| 5.4.2. Descripción del programa de intervención..... | 40 |
| 5.4.3. Algunos resultados relevantes programa | 44 |
| 5.4.4. Diferencias/similitudes en comparación con otros estudios en el mismo ámbito | 47 |
| 6. CONCLUSIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN | 49 |
| 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 51 |
| 8. ANEXO | 57 |

1- INTRODUCCIÓN

La institución penitenciaria, también conocida como cárcel, prisión, penitenciaría o establecimiento de reclusión, se engloba dentro de la construcción social conocida como derecho penal y sirve a los estados como instrumento para ejercer el control social, lo cual, propicia, tanto a nivel individual como colectivo, mayor sentimiento de justicia, seguridad y protección (Hernández, 2013).

Pese a que existen diferencias significativas en aspectos tales como la organización, las características, el funcionamiento o el tratamiento, entre sus funciones destacan, por un lado, la reeducación y la reinserción de los sentenciados (responsables de la comisión de algún delito tipificado por la ley) y, por otro lado, la retención, custodia y asistencia, tanto de los penados como de las personas presas, es decir, de aquellas personas que se encuentran acusadas de algún delito, pero que no han sido juzgadas, encontrándose en lo que se denomina situación preventiva (Navarro & Sánchez, 2018).

Son instituciones que alojan entre sus muros, no sólo personas con diferentes características y comisión de diversos delitos, sino también diferentes colectivos, compuestos precisamente por personas con su propia idiosincrasia pero que, a su vez, comparten alguna característica en común.

Entre dichos colectivos se encuentran, entre otros, el colectivo de jóvenes, personas con problemas de drogadicción, mujeres, así como el de las personas con enfermedad mental, colectivo éste último en el cual se va a centrar el trabajo en su conjunto.

A lo largo de estos últimos años, a través de varios estudios llevados a cabo en el ámbito penitenciario, tales como, por ejemplo, los desarrollados por autores como Marín-Basallote & Navarro-Repiso (2012), Rodríguez (2017) y Zabala-Baños et al. (2012), a nivel nacional o por El-Gilany et al. (2016), Fovet et al. (2020) o Sepehrmanesh et al. (2014), a nivel internacional, se ha podido constatar un incremento significativo de personas con enfermedad mental dentro del sistema penitenciario.

Entre dichos individuos, se encuentran aquellos que ingresan en prisión ya con algún diagnóstico de enfermedad mental, los que, a consecuencia de su internamiento, ven agravados los síntomas del trastorno previamente dictaminado en la red de salud mental o, por el contrario, quienes tras su ingreso, son evaluados y diagnosticados en el propio centro penitenciario (Arroyo-Cobo, 2011).

Teniendo en cuenta la dimensión de dicha circunstancia, que integra un reto importante no sólo a nivel sanitario sino también social, se señala la necesidad de poner en marcha recomendaciones generales que sirvan para impulsar, coordinar y orientar las intervenciones. Todo ello con la finalidad de asegurar que todas las personas con enfermedad mental privadas de libertad, cuenten con las mismas oportunidades de tratamiento, que aquellas que se encuentran fuera de los centros penitenciarios (Arroyo-Cobo, 2011).

En este sentido y debido a su gran importancia, el tratamiento penitenciario viene regulado en el artículo 59 de la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, que lo define de la siguiente manera:

" El tratamiento penitenciario consiste en el conjunto de actividades directamente dirigidas a la consecución de la reeducación y reinserción social".

En ese marco, es importante resaltar los cambios que a lo largo de estos últimos años se han producido en torno al concepto de tratamiento, habiendo pasado éste de una concepción estrictamente médica, a una más amplia donde se hace hincapié no sólo al componente resocializador (incluyendo actividades terapéutico- asistenciales, formativas, educativas, laborales y deportivas), sino también se percibe la reinserción del interno como un proceso de formación integral (Real Decreto, 1996).

Es precisamente en esta última concepción más terapéutica, donde autores como Cutiño-Raya (2015) ponen su atención, al considerarla eficaz de cara a eliminar o disminuir carencias y dotar a la persona privada de libertad de los instrumentos necesarios para poder desenvolverse de manera autónoma.

Por lo tanto, y teniendo en cuenta todo lo comentado con anterioridad, resulta esencial analizar el perfil, las necesidades y los programas de tratamiento dirigidos a este colectivo dentro de la institución penitenciaria, para poder determinar si contribuyen o no a la supresión o reducción de los déficits y posibilitan procesos de rehabilitación psicosocial y recuperación funcional.

2- CONCEPTOS CLAVE Y PREVALENCIA ENFERMEDAD MENTAL EN EL ÁMBITO PENITENCIARIO

2.1. Conceptos clave

Conceptos epidemiología y prevalencia

Teniendo en cuenta la importancia que en la epidemiología tiene la medición, autores como Fajardo-Gutiérrez (2017) no sólo ponen énfasis en la **definición** de la **epidemiología** como tal, entendida esta como una de las ramas de la medicina que analiza tanto la distribución de las enfermedades dentro de una población como sus determinantes, sino también, en una de las medidas de frecuencia más utilizadas, como es la **prevalencia**. Dicho autor, la define como la proporción de individuos que, en el momento de la evaluación, se encuentran enfermos en relación a la población general.

Siguiendo con el punto de vista epidemiológico y en esa misma línea, autores como Ferrer & Del Prado-González (2013) definen la **prevalencia** como la proporción de individuos pertenecientes a un grupo que, en un período específico, presenta una determinada enfermedad.

Concepto de trastorno y enfermedad Mental (E.M)

A pesar de que, en muchas ocasiones, ambos términos son utilizados de manera indistinta, muchos autores inciden en la necesidad de establecer una diferenciación clara entre ambos conceptos y señalan el término trastorno mental como el más amplio de ellos. En este sentido, se pronuncia el autor Martínez (2007), refiriéndose al **trastorno mental** como cualquier variación genérica que afecta a la salud mental.

El **término enfermedad mental**, por su parte, se define como una alteración que tiene repercusión en los ámbitos emocional, cognitivo y/o comportamental, afectando a aspectos básicos como pueden ser, entre otros, la emoción, cognición, conducta, percepción, lenguaje o el aprendizaje que, a su vez, influyen en la adaptación de la persona al ambiente en el cual se desenvuelve (Federación de Euskadi de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental, 2012).

Concepto de comorbilidad

El concepto comorbilidad es un término médico que surge en el año 1970 gracias al clínico, investigador y epidemiólogo A.R Feinstein.

Desde el punto de vista médico, se define como la coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo individuo, que acompañan a una patología primaria o protagonista. Ésta última enfermedad, puede ser crónica o aguda (Bernabeu-Wittel et al. 2014) y además suele ser el objeto principal de la atención desde la disciplina médica (Blanco-Aspiazu, Shunchao & Xueqing, 2017).

Desde la perspectiva de la psiquiatría y la psicología, se hace referencia a la presencia de más de un diagnóstico que se da de manera simultánea en un mismo individuo. En ocasiones, ello puede deberse a la incapacidad para englobar en un único diagnóstico la totalidad de los síntomas (Bonilla-Cortes, 2012).

2.2. Prevalencia a nivel nacional:

Teniendo en cuenta el aumento del número de personas con enfermedad mental dentro del ámbito penitenciario en los últimos años, son numerosos los estudios llevados a cabo a nivel nacional, entre los que destacan, por ejemplo, los realizados por López et al. (2016), Vicens et al. (2011), así como por Zabala-Baños (2016). Todos ellos, dirigidos a determinar la prevalencia de las personas con enfermedad mental dentro de las diferentes instituciones pertenecientes al sistema penitenciario español.

Se trata de investigaciones sociológicas o estudios epidemiológicos, generalmente de tipo descriptivo transversal, llevados a cabo mediante la utilización de diversos instrumentos de investigación validados, entre los que destacan:

- Las **historias clínicas** utilizadas, por ejemplo, en uno de los estudios llevados a cabo por la Dirección general de instituciones penitenciarias. Subdirección general de sanidad penitenciaria (2007).
- Las **hojas de interconsulta** usadas en la investigación de Marín-Basallote & Navarro-Repiso (2012).

- Los **cuestionarios**, entre los que destacan los siguientes:

- Los **de detección y medida de síntomas psicopatológicos**. Dicho tipo de cuestionario ha sido utilizado, por ejemplo, en el estudio de Villagrà-Lanza et al. (2011).
- Los **de detección de antecedentes clínicos** empleado en la investigación de Zabala-Baños (2016).
- Los que sirven **para determinar los trastornos de personalidad**, como es el caso del **cuestionario Internacional Personality Disorder Examination (IPDE)** (Loranger, Janca & Sartorius, 1997, como se citó en  lvarez-Brun & Veguez-González, 2008), utilizado entre otros, en los estudios llevados a cabo por López et al. (2016) o Pérez-Sánchez et al. (2014).

- Las **entrevistas**, resaltando los siguientes tipos:

- La **clínica estructurada para la detección de los trastornos mentales del eje I**, conocida en inglés como: **Structured clinical interview for diagnostic and statistical manual o mental disorders (SCID-I)** (Loranger, 1995, como se citó en First & Gibbon, 2004). Este tipo de entrevista viene especificada en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (MDE), más conocido en inglés, como el **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)** (American psychiatric Association-APA, 2014). Dicho tipo de entrevista ha sido empleada, por ejemplo, en los estudios llevados a cabo por López et al. (2016), Vicens et al. (2011), y Zabala-Baños et al. (2016).
- La **entrevista neuropsiquiátrica internacional reducida** conocida en inglés como la **Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)** (Sheehan et al., 1997, como se citó en Ferrando et al., 2000). Instrumento utilizado, por ejemplo, en el estudio desarrollado por Casares-López et al. (2011).
- La **entrevista semiestructurada y heteroaplicada que valora multidimensionalmente la gravedad de la adicción**, y conocida originariamente como **Addiction Severity Index-6 (ASI-6)** (Thomas-MacLellan et al., 2006) y utilizada en los estudios de Casares-López et al. (2011) y Villagrà-Lanza et al. (2011).

Los datos de la **tasa de prevalencia de trastorno mental** encontrados dentro de la institución penitenciaria son significativos, puesto que, dicha tasa se sitúa entre un 5-5,3% por encima de la población general (Vicens et al., 2011; Zabala-Baños, 2016).

Respecto a la salud mental de los internos, el porcentaje de personas que en cualquier momento de su vida han presentado algún tipo de trastorno (**prevalencia vida**) se encuentra, en la mayoría de los casos, entre el 80 y 90% (López et al., 2016; Vicens et al., 2011; Zabala-Baños, 2016; Zabala-Baños et al., 2016).

Sin embargo, atendiendo a la estancia en prisión del último mes (**Prevalencia mes**), los porcentajes disminuyen, encontrándose estos entre el 40 y el 53% (Vicens et al. 2011; Zabala-Baños 2016).

Entre los **trastornos mentales más prevalentes a lo largo de la vida**, varios de los estudios concluyen que el más prevalente de ellos es el trastorno por uso de sustancias, seguido de los trastornos afectivos, de ansiedad y los psicóticos (López et al., 2016; Vicens et al., 2011; Zabala-Baños, 2016).

Analizando específicamente los datos de la **prevalencia** relativos al **último mes**, en la mayoría de los estudios analizados, se determina que cerca de la **mitad** de los internos presenta algún tipo de **alteración psiquiátrica** (Vicens et al., 2011; Zabala- Baños, 2016). No obstante, en el estudio desarrollado por la Dirección general de Instituciones Penitenciarias (2007), se establece específicamente que **1 de cada 4** padece **patología psiquiátrica**.

En este sentido, la mayoría de los estudios analizados coinciden en que **dentro de prisión** los **trastornos mentales más prevalentes** son los de ansiedad, los de uso por sustancias, los afectivos y los psicóticos (Vicens et al., 2011; Zabala-Baños, 2016; Zabala-Baños et al., 2016).

En cuanto a la **tasa de prevalencia** en relación a los **trastornos de personalidad**, en la actualidad está se sitúa en torno al 80%, dato concreto que se encuentra manifiesto en uno de los estudios analizados (Vicens et al., 2011), así como con un porcentaje del 79,9%, en una investigación realizada en la comunidad Andaluza (López et al., 2016).

Son tres los grupos en los cuales se clasifican los distintos tipos de trastornos de personalidad.

En el grupo A se incluyen los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico, en el B los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista, y en el C los trastornos evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo (American psychiatric Association-APA, 2014).

Dentro de la institución penitenciaria, y entre los trastornos de personalidad pertenecientes al grupo A, los estudios analizados determinan que el más predominante es el paranoide (Vicens et al., 2011; Zabala-Baños, 2016).

En relación al grupo B, no existe un consenso tan manifiesto como el encontrado con respecto al grupo A, puesto que, mientras que estudios como el llevado a cabo por la autora Zabala-Baños (2016) manifiestan que los más prevalentes son el histriónico y el narcisista, otros autores, tales como, Casares-López et al. (2011) y Rodríguez (2017), ponen el énfasis en los trastornos antisocial y límite.

Por último, y en relación al grupo C, los datos de los estudios examinados coinciden en que el más predominante es el trastorno evitativo de la personalidad (López et al., 2016; Vicens et al., 2011).

Teniendo en cuenta los datos expuestos con anterioridad, y el dato concreto obtenido en la investigación llevada a cabo por Pérez-Sánchez et al. (2014), donde se determina que el 92,2% de la población penitenciaria tiene posibilidad de mostrar al menos un trastorno de personalidad, queda evidenciado que existe una alta prevalencia de trastornos de personalidad dentro de la institución penitenciaria.

A pesar de las altas tasas de prevalencia encontradas tanto en los trastornos mentales que componen el Eje I (trastornos clínicos tales como los trastornos del estado del ánimo o los psicóticos) así como en los relativos al eje II (que engloba los de personalidad), varios estudios inciden en la existencia de una **alta comorbilidad** con respecto al **consumo de drogas**, con tasas que oscilan entre los 77,34% y el 92% (Casares-López et al., 2011; Marín-Ballote & Navarro-Repiso, 2012; Vicens et al., 2011). Por ello, entre la población penitenciaria, el diagnóstico de patología dual es muy superior al encontrado entre la población general (Marín-Basallote & Navarro-Repiso, 2012).

Con lo que respecta a la **comorbilidad de trastornos**, son interesantes los datos que nos aportan varios estudios analizados, que cifran entre el 25,6 % y el 80,4% la coincidencia de varios diagnósticos psiquiátricos en un mismo individuo (Dirección general de instituciones penitenciarias, 2007; López et al., 2016; Zabala-Baños, 2016).

Siguiendo con las variables clínicas, y teniendo en cuenta los **antecedentes psiquiátricos**, en varios de los estudios no sólo se reconocen los antecedentes psiquiátricos **personales** (Dirección general de instituciones penitenciarias. Subdirección general de sanidad penitenciaria, 2007; Marín-Basallote & Navarro-Repiso, 2012), sino también los **familiares** (Zabala-Baños, 2016), que pueden resultar significativos y vinculantes, al igual que los **judiciales** o **penales** (Casares-López et al., 2011; Vicens et al., 2011; Zabala-Baños et al., 2016).

Por lo tanto, dentro del ámbito penitenciario español es frecuente encontrarse con personas con enfermedad mental con **antecedentes en hospital psiquiátrico**. En este sentido, se manifiesta el estudio desarrollado por la Dirección general de instituciones penitenciarias. Subdirección general de sanidad penitenciaria (2007), concretando que el 3,2% de su muestra cuenta con este tipo de antecedente.

Pese a que son habituales los antecedentes psiquiátricos, mucho más comunes son los **antecedentes de consumo de drogas** o consumo activo de las mismas. Con lo que respecta a esto, los estudios muestran porcentajes que oscilan en torno al 64% y el 78% (López et al., 2016; Marín-Basallote & Navarro-Repiso, 2012; Villagrà-Lanza et al., 2011; Zabala-Baños, 2016; Zabala-Baños et al., 2016), resaltando, en muchos casos, la politoxicomanía como el tipo de consumo más predominante (Casares-López et al., 2011; Marín-Basallote & Navarro-Repiso, 2012).

Finalmente, y en relación a la variable **discapacidad psíquica acreditada**, los datos de varios de los estudios analizados, la sitúan entre el 1,8% y el 7,81% (Dirección general de instituciones penitenciarias. Subdirección general de sanidad penitenciaria, 2007; Rodríguez, 2017).

Atendiendo a los datos obtenidos en los diferentes estudios citados con anterioridad, se concluye que a nivel nacional la tasa de prevalencia de trastorno mental dentro de la institución penitenciaria es elevada, ya que, entre el 80-90% de las personas privadas de libertad han desarrollado a lo largo de la vida algún trastorno mental y entre el 40-53% lo han padecido en el último mes. Con lo que respecta a los trastornos de personalidad, la tasa se sitúa en el 80%.

Se estima que dentro de prisión, 1 de cada 2 personas presenta alguna alteración psiquiátrica y 1 de cada 4 alguna patología psiquiátrica.

Además, se establece que la tasa de prevalencia de trastorno mental es superior al 5% en comparación a la de la población general.

Mientras que entre los trastornos mentales del eje I del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) (American psychiatric Association-APA, 2014) los más prevalentes son los trastornos de ansiedad, el del uso de sustancias, los afectivos y los psicóticos, entre los relativos al eje II, es decir, los trastornos de personalidad, los más prevalentes son el paranoide (Grupo A), el límite o antisocial (Grupo B) y el evitativo (Grupo C).

No sólo es significativa la alta tasa de comorbilidad con respecto al consumo de drogas, que oscila entre el 77 y 92%, sino también la comorbilidad diagnóstica que se encuentra entre el 25 y el 80%.

También resulta significativo resaltar la existencia de antecedentes psiquiátricos, tanto personales como familiares, en muchas de las personas privadas de libertad.

Los datos relativos a la discapacidad psíquica acreditada, sin embargo, no lo son tanto, puesto que, los porcentajes oscilan entre el 1,8 y el 7,8.

2.3. Prevalencia a nivel internacional:

A nivel internacional, y de cara a determinar la tasa de prevalencia, no sólo se han analizado diferentes estudios de tipo descriptivo transversal, tales como los llevados a cabo por autores como El-Gilany et al. (2016) o Fovet et al. (2020) por citar algunos, sino también diferentes revisiones sistemáticas, entre las que destacan las llevadas a cabo por Fazel & Danesh (2002) y Fazel & Seewald (2012).

A continuación, se citan los instrumentos y se especifican algunos ejemplos de estudios o revisiones sistemáticas donde han sido utilizados:

- Los **exámenes clínicos** (Fazel & Seewald, 2012).

- La **mini entrevista neuropsiquiátrica internacional** (Fovet et al., 2020; Coloma, Pérez & Salaberria, 2018).

- La **entrevista diagnóstica** (Fazel & Danesh, 2002).
- La **entrevista clínica** (El-Gilany et al., 2016; Fazel & Danesh, 2002).
- Las **encuestas de salud** (Fovet et al., 2020) y **psiquiátricas** (Fazel & Danesh, 2002).
- Los **cuestionarios de variables sociodemográficas, de salud y delictivas** (Coloma, Pérez & Salaberría, 2018), así como los de **determinación de trastornos de personalidad** (Fazel & Danesh, 2002).
- La **lista de verificación de síntomas 90 revisada (SCL-90)** (Derogatis, 1994, como se citó en Sánchez & Ledesma, 2009) utilizada en los estudios llevados a cabo por Coloma, Pérez & Salaberría (2018) y Sepehrmanesh et al. (2014).
- La **escala de depresión de Hamilton**, conocida en inglés como **Hamilton Depression Rating Scale** (Hamilton, 1960, como se citó en Purriños, 2013), y utilizada en el estudio de Pulido-Criollo, Rodríguez-Landa & Colorado-Martínez (2009).
- Los **índices bibliográficos y listas de referencia** (Fazel & Danesh, 2002; Fazel & Seewald, 2012).

Son significativos los datos obtenidos en ambas revisiones sistemáticas (Fazel & Danesh, 2002; Fazel & Seewald, 2012) basadas en el estudio de 33588 reclusos pertenecientes a 24 países diferentes del mundo y 23000 reclusos de 12 países distintos, respectivamente.

En ambas revisiones sistemáticas se establece que la **prevalencia de las enfermedades psicóticas** se sitúa en torno al 4% en ambos sexos, siendo en el caso de los varones del 3,6-3,7% y el de las mujeres del 3,9-4%. En cuanto a los datos relativos a la **depresión mayor**, el porcentaje se ubica en el 10% en el caso de los varones y en el 12% en las mujeres.

Las diferencias significativas entre ambas revisiones vienen determinadas por el estudio de los porcentajes en torno a la **prevalencia de los trastornos de personalidad**, así como en relación a los datos relativos a las tasas de **comorbilidad** con respecto al uso abusivo de **sustancias**.

En la revisión realizada por los autores Fazel & Danesh (2002), se informa que el 65% de la población penitenciaria masculina presenta algún tipo de **trastorno de personalidad** y el 42%, en el caso de la femenina. Además de ello, en ambos casos, se establece que el trastorno de personalidad más frecuente es el antisocial, con un 47% y un 21%, respectivamente.

En la llevada a cabo por Fazel & Seewald (2012), se estima que las **tasas de comorbilidad** con respecto al uso de sustancias son significativas, puesto que, éstas oscilan entre el 9,2% y el 95%. Se determina además que son altos los niveles de **morbilidad psiquiátrica**.

Una vez extraídos los datos relativos a las tasas de prevalencia en las revisiones sistemáticas analizadas, y centrando la atención en los estudios descriptivos transversales llevados a cabo en diferentes países del mundo, se resaltan los siguientes datos:

En un estudio realizado en 8 de las 9 prisiones al norte de Francia, se determina que las tasas de prevalencia encontradas entre los reclusos, con respecto a los trastornos afectivos y de ansiedad, se sitúan en el 31,2% y el 44,4% respectivamente, siendo los más prevalentes, con un 27,2%, el trastorno depresivo mayor y ,con un 25,2%, el trastorno de ansiedad generalizada. En este estudio también es significativa la tasa de prevalencia establecida en relación al trastorno por consumo de sustancias, ubicándose está en el 53,5%, tasa que en el caso de la población general se sitúa en el 12,9% (Fovet et al., 2020).

En un estudio llevado a cabo en Kashan (Irán), por Sepehrmanesh et al.,(2014), se resalta también un porcentaje significativo en relación a la historia de consumo, porcentaje que asciende al 89,4%. Además de ello, también se determina una elevada tasa de prevalencia de trastornos psiquiátricos (43,4%), siendo los más prevalentes los del estado del ánimo y, entre estos, el trastorno depresivo mayor con un 27,6%. En relación a este estudio, también resulta necesario resaltar la alta tasa de comorbilidad en relación a los trastornos psiquiátricos con un porcentaje del 36%. En cuanto a la tasa de los trastornos de personalidad, se estima que está se ubica en el 28,3%, siendo los más prevalentes el antisocial con un 62,2% y el límite con un 31,2%.

Otro estudio interesante a resaltar, basado en una muestra de 101 personas encarceladas en Ecuador en comparación con otra muestra compuesta por 92 personas pertenecientes a la población general pero con características similares a la población reclusa, es el llevado a cabo por Coloma, Pérez y Salaberría (2018). En dicho estudio, la prevalencia de enfermedad mental entre los reclusos se establece en un 59,40%, siendo las patologías

más prevalentes el trastorno antisocial de la personalidad con un 32,67%, el trastorno por dependencia a sustancias con un 30,69% y el trastorno por dependencia a alcohol con un 27,72%. El porcentaje de prevalencia en la población general, por su parte, se establece en el 17,39%. En relación a la comorbilidad con respecto al uso de sustancias, la patología dual está presente en el 42,57% de la población reclusa, siendo mayor el porcentaje entre los hombres que entre las mujeres (52,94% versus 32%). El porcentaje de la comorbilidad entre trastornos, sin embargo, es menor, situándose concretamente en el 6,93%.

Atendiendo a los datos obtenidos en base al análisis del estudio desarrollado por El-Gilany et al. (2016) en 16 prisiones de Egipto, la prevalencia general de los trastornos mentales (excluyendo el abuso de sustancias y la ingesta de alcohol) se concreta en un 22%. Mientras que la tasa relativa a los trastornos del estado del ánimo se sitúa en el 3,3%, el de psicosis se ubica en el 1,3%. En cuanto a la prevalencia global de los trastornos de personalidad, se establece un porcentaje del 13,6%, siendo el más frecuente, con un 12,3%, el trastorno antisocial de la personalidad.

Por último, atendiendo al estudio llevado a cabo por Brinded et al. (2001) en prisiones de Nueva Zelanda, se constata una elevada tasa de prevalencia de trastorno mental en la población carcelaria en comparación con la población general. Con las mayores tasas se encuentran el trastorno por abuso de sustancias, el trastorno psicótico, la depresión mayor, el trastorno bipolar, el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno por estrés postraumático. En este estudio, también se incide en otro aspecto comentado en investigaciones anteriores, que es el alto nivel de comorbilidad con respecto el trastorno por uso de sustancias.

Teniendo en cuenta los datos de los estudios analizados con anterioridad, a nivel internacional, se determina que la **prevalencia de los trastornos mentales** en prisión es muy elevada, oscilando entre el 40 y el 60%. Siendo los más prevalentes los del estado del ánimo (entre los que resalta el de la depresión mayor), de ansiedad generalizada, los de uso de sustancias y los psicóticos.

Con lo que respecta a los trastornos de personalidad, la tasa se sitúa entre el 28%- 65%, siendo los más frecuentes los trastornos antisocial y límite de la personalidad.

Tanto la tasa de comorbilidad con respecto al consumo de drogas como la relativa a la comorbilidad psiquiátrica es elevada.

Mientras que la comorbilidad con el uso de sustancias se ubica entre el 9% y el 95%, la comorbilidad psiquiátrica se sitúa entre el 6% y el 36%. También resulta significativo el elevado número de personas que cuentan tanto con antecedentes psiquiátricos como de consumo de drogas.

3- PERFIL SOCIO DEMOGRÁFICO DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN EL ÁMBITO PENITENCIARIO

3.1. Perfil socio demográfico a nivel nacional

A continuación, se va a proceder a realizar una descripción de las características sociales y demográficas de la población penitenciaria española con diagnóstico de enfermedad mental, en base a las siguientes variables que se exponen:

En cuanto a la **variable sexo**, resulta significativo resaltar que en algunos estudios, tales como, los llevados a cabo por López et al. (2016), Vicens et al. (2011), Zabala-Baños (2016) y Zabala-Baños et al. (2016), la muestra seleccionada únicamente se ha centrado en el estudio del sexo masculino. En los estudios analizados donde, por el contrario, sí que constan datos en relación a ambos sexos, el porcentaje de varones es mucho más elevado que el de las mujeres, rondando esté último, como máximo, el porcentaje del 8% (Casares-López, 2011; Dirección general de instituciones penitenciarias. Subdirección general de sanidad penitenciaria, 2007; Marín-Basallote & Navarro-Repiso, 2012; Rodríguez, 2017). Con ello se puede intuir, por lo tanto, que el número de varones encarcelados en las prisiones españolas es mucho más elevado que el de las mujeres y que, en definitiva, la población penitenciaria femenina conforma un grupo minoritario en comparación con la masculina.

Con lo que respecta a la **variable nacionalidad**, en todos los estudios analizados donde consta dicho dato, se constata que la más predominante es la española, con porcentajes que oscilan entre el 54,9% como es en el caso del estudio de Zabala-Baños et al. (2016) o el 81,8%, en el caso del estudio desarrollado por López et al. (2016) en Andalucía.

En relación a la **variable edad**, en la mayoría de los estudios analizados, la edad media se sitúa por debajo de los 40 años (Casares-López et al., 2011; López et al., 2016; Marín-Basallote & Navarro-Repiso, 2012; Vicens et al., 2011; Zabala-Baños et al., 2016). No obstante, otros estudios, como por ejemplo el llevado a cabo por Rodríguez (2017), sitúan la edad media en torno a los 40 años.

En cuanto al **estado civil**, en todos los estudios analizados, aunque con diferentes porcentajes (porcentajes que oscilan entre los 44 y 52%), el estado civil predominante es el

de la soltería (Casares-López et al., 2011; López et al., 2016; Vicens et al., 2011; Villagrà-Lanza et al., 2011; Zabala-Baños, 2016; Zabala-Baños et al., 2016).

Algo similar ocurre con la **variable** relativa al **nivel formativo**, donde en la mayoría de los casos, resalta el porcentaje de estudios primarios como el más predominante (Casares-López et al., 2011; Zabala-Baños, 2016; Zabala-Baños et al., 2016).

En cuanto a la **variable laboral**, en varios de los estudios, se detecta un alto porcentaje de personas en situación de desempleo (López et al., 2016; Vicens et al., 2011) e incluso en uno de ellos, se señala la falta de cualificación laboral (Rodríguez, 2017).

Teniendo en cuenta todo lo comentado con anterioridad, a nivel nacional, el perfil socio demográfico, más generalizado y mayoritario, dentro del colectivo de las personas con enfermedad mental en el ámbito penitenciario, es el siguiente:

Varón, de nacionalidad española, menor de 40 años, soltero, con un bajo nivel formativo (estudios primarios completos o incompletos), con hábitos laborales poco consolidados y en situación de desempleo previo a su ingreso en prisión.

No obstante, haciendo mención al estudio desarrollado por Villagrà-Lanza et al. (2011), **centrado únicamente en el estudio de la población femenina**, se determina lo siguiente en cuanto al **perfil**:

Mujer, soltera, de nacionalidad española, cuya edad se sitúa en torno a los 36 años. Proveniente de un nivel socioeconómico medio-bajo y contando con cargas familiares. Con un nivel formativo bajo (estudios primarios sin finalizar) y encontrándose en situación de desempleo antes del internamiento.

3.2. Perfil socio demográfico a nivel internacional

A continuación, se detallan las características sociales y demográficas de la población penitenciaria con diagnóstico de enfermedad mental, a nivel internacional, en base a las siguientes variables:

En cuanto a la **variable sexo**, en todos los estudios en los cuales la muestra está

compuesta por hombres y mujeres, el porcentaje de los primeros es superior al de las segundas, siendo en algunos de ellos la diferencia entre ambos muy significativa, por ejemplo, el 81% vs 19 % (Fazel & Danesh, 2002) o el 96,3% vs 3,7% (Fovet et al., 2020). Teniendo en cuenta dicha circunstancia, se han analizado además dos estudios cuya muestra se ha centrado únicamente en la población penitenciaria masculina (Sepehrmanesh et al., 2014) y en la femenina (Pulido-Criollo, Rodríguez-Landa, & Colorado-Martínez, 2009).

Con lo que respecta a la **variable de nacionalidad**, existe una variabilidad significativa, puesto que, se han analizado no sólo estudios desarrollados en diferentes países tales como Francia (Fovet et al., 2020), Irán (Sepehrmanesh et al., 2014), México (Pulido-Criollo, Rodríguez-Landa, & Colorado-Martínez, 2009) o Egipto (El-Gilany et al., 2016), sino también revisiones sistemáticas llevadas a cabo en 24 (Fazel & Seewald, 2012) y 12 países (Fazel & Danesh, 2002). Por lo tanto, las nacionalidades son diversas, contando con datos relativos a países europeos, americanos, africanos y latinoamericanos.

Haciendo referencia a la **variable edad**, tanto los estudios como las revisiones sistemáticas analizadas, concretan que la edad media se sitúa en torno a los 30 años, exactamente en los 29 y los 30,5 años en el caso de las revisiones sistemáticas (Fazel & Danesh, 2002; Fazel & Seewald, 2012) y en los 31,7, 30 y 31,9, por ejemplo, en el caso de algunos de los estudios (Fovet et al, 2020; Coloma, Pérez & Salaberría, 2018; Sepehrmanesh et al., 2014).

En cuanto a la **variable estado civil**, predomina el de la soltería. En este sentido, se pueden citar porcentajes superiores al 40% en varios de los estudios, como pueden ser, por ejemplo, en el llevado a cabo en Francia por Fovet et al., (2020) con un 43,7% o en el desarrollado en Irán por Sepehrmanesh et al., (2014) con un 40,8%.

En referencia a las **variables formativo y laboral**, en la mayoría de los estudios analizados, se señala que el nivel de estudios predominante es de la educación primaria o básica, con datos que oscilan, por citar algunos, entre el 80,20% en el caso de Ecuador (Coloma, Pérez & Salaberría, 2018) y el 48,1% en el de Francia (Fovet et al., 2020). Es significativo, no obstante, el caso de Egipto, donde la tasa de analfabetos supera a los que cuentan con estudios primarios, 24% vs 19% (El-Gilany et al., 2016).

Con lo que respecta a la **variable laboral**, existen diferencias entre los datos proporcionados en relación a la situación laboral previa al ingreso en prisión, por lo que resulta dificultoso determinar la situación exacta en torno a dicho aspecto.

Mientras que en el estudio llevado a cabo en Francia por Fovet et al., (2020) se resalta una tasa de desempleo del 71,5%, en Irán señalan en situación de desempleo únicamente un 5,7% de la muestra, siendo la situación de trabajador en régimen de autónomo la más habitual con un 66,5% (Sepehrmanesh et al., 2014).

En cuanto a las mujeres privadas de libertad, los datos obtenidos a través de dos estudios, desarrollados en México (Pulido-Criollo, Rodríguez-Landa, & Colorado-Martínez, 2009) y Ecuador (Coloma, Pérez & Salaberría, 2018), proporcionan la siguiente información:

- El estudio de México desarrollado en dos prisiones, además de situar la edad media de las mujeres por debajo de los 40 años (en los 32,5 y 36,2), establece que la gran mayoría (87,6 % y 73,7%) cuentan con pareja, ya sea esta dentro o fuera del penal, así como con hijos (68,7% y 94,7%).
- El estudio elaborado en Ecuador, establece la edad media de la población penitenciaria femenina en los 33,84 años y el estado civil de casada o con pareja como el más predominante con un 52%. En cuanto al nivel formativo y socioeconómico, el 86% presenta un nivel de estudios equivalente a la educación general básica y el 76% cuenta con un nivel socioeconómico inferior al salario básico.

Pese a los últimos datos proporcionados en relación a la población penitenciaria femenina, a nivel internacional, se puede concluir que el perfil socio demográfico mayoritario, es el que se cita a continuación:

Varón, con una edad que ronda en torno a los 30 años, cuyo estado civil es el de soltero y con un nivel de estudios bajo, es decir, con educación primaria o básica.

4- EL TRATAMIENTO PENITENCIARIO

En la actualidad, el tratamiento penitenciario forma, junto a la seguridad, el eje principal de los establecimientos penitenciarios, que tienen como finalidad no sólo la retención y custodia de los presos y penados, sino también su reeducación y reinserción social. Para la consecución de este último objetivo, se dispone del tratamiento, es decir, de un conjunto de actividades englobadas en distintos programas de intervención que tienen como objetivo suplir las carencias y/o necesidades de las personas privadas de libertad (López, 2019).

En este sentido, muchos autores coinciden en que, en la actualidad, el tratamiento penitenciario tiene una visión más resocializadora que clínica, centrada en ofrecer al interno herramientas que propicien no sólo su crecimiento personal, sino que también tengan un impacto significativo en su personalidad, contribuyendo así a la superación de los factores conductuales que motivaron su conducta delictiva (Díaz, 2014).

No obstante, es importante reseñar que el tratamiento es voluntario e individual y que requiere de la coordinación de distintos profesionales pertenecientes a diferentes disciplinas (Gallardo-García, 2016).

4.1. Actividades y programas de tratamiento

Varios autores, entre los que se encuentra Gallardo-García (2016), inciden en que dentro de los centros penitenciarios, el tratamiento está compuesto tanto por actividades como por programas de intervención específica.

Mientras que entre las actividades destacan las educativas, culturales, deportivas y ocupacionales, entre los programas resaltan aquellos que, por contra, presentan un componente más terapéutico o asistencial y que están encaminados a suplir carencias concretas. No obstante, todas ellas pueden tener carácter prioritario o complementario, en función del Programa Individualizado de Tratamiento (PIT) establecido en cada uno de los casos (Gallardo-García, 2016).

En general, los programas de tratamiento en los centros penitenciarios tienen un enfoque psicológico de tipo cognitivo-conductual, puesto que, en muchas ocasiones, la modificación de los pensamientos o razonamientos lleva aparejado un cambio en el comportamiento.

En definitiva, lo que persigue es el desarrollo de una conducta más prosocial, que lleve consigo la reducción de los actos delictivos (García-López, 2019).

Entre los programas específicos de intervención se pueden citar los siguientes: agresores sexuales, violencia de género, jóvenes, juego patológico, módulos de respeto, módulos terapéuticos, mujeres, personas extranjeras, preparación de primeros permisos, prevención de suicidios, programa de intervención de conductas violentas (PICOVI), resolución dialogada de conflictos, terapia asistida con animales, drogodependencias, alcoholismo, tabaquismo, así como los específicamente dirigidos al colectivo de personas con enfermedad mental grave (Ministerio del Interior. Secretaria general de instituciones penitenciarias, 2014).

4.2. Programas específicos dirigidos al colectivo de personas con enfermedad mental

A **nivel estatal**, son dos los programas que, por parte de la secretaria general de instituciones penitenciarias, se están fomentando y que mayor implementación están teniendo.

Uno de ellos, el denominado **Programa de Atención a Enfermos Mentales (PAIEM)** que se desarrolla dentro de los propios centros penitenciarios y el otro, el conocido con el nombre de **Programa puente de mediación social**, que se lleva a cabo en los Centros de Inserción social (CIS) (Dirección general de instituciones penitenciarias, 2006).

A continuación, se exponen de manera resumida las características principales de cada uno de ellos:

El Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales (PAIEM) (Dirección general de instituciones penitenciarias, 2006)

➤ **Definición y objetivos del programa PAIEM:**

Es un programa global de atención a la enfermedad mental, cuyos objetivos son de carácter terapéutico y reinsertador. Persigue no sólo detectar, diagnosticar y tratar, sino también incrementar la calidad de vida y propiciar la incorporación social de las personas que presentan algún tipo de enfermedad mental.

➤ **Población destinataria:**

Está dirigido a todas aquellas personas, mayores de edad, que padecen alguna enfermedad mental grave y que se encuentran internas en los diferentes centros penitenciarios estatales que tienen implementado el programa.

➤ **Composición del equipo profesional y sus funciones:**

Se trata de **equipo multidisciplinar con enfoque de intervención biopsicosocial**, que tiene encomendadas principalmente las siguientes funciones: realizar la evaluación de habilidades/discapacidades, definir y ejecutar el tipo de actividades a realizar, además del diseño y puesta en práctica del plan de incorporación social.

El Programa Puente de Mediación Social (Abad et al., 2014):

➤ **Definición y objetivos del programa:**

Es un programa que surge con la finalidad de dar continuidad asistencial a las intervenciones iniciadas en el régimen ordinario (interior del centro penitenciario), pero en el régimen abierto (régimen de semilibertad). Su objetivo prioritario es facilitar los procesos de reincorporación y reinserción social de las personas con enfermedad mental en la Comunidad. Todo ello, mediante la derivación a los recursos sociosanitarios comunitarios.

Su atención se basa en diferentes modelos de intervención entre los que destacan: el modelo de vulnerabilidad, el comunitario, de recuperación y el de competencia. Además de ello, cabe destacar que también basa su intervención en los siguientes elementos clave: la autonomía, la inclusión, la igualdad, la normalización, la individualización, la coordinación interinstitucional, la formación e investigación y el trabajo en equipo y en red.

Se centra en el proceso personal de cada persona mediante el establecimiento del plan individualizado de Rehabilitación (PIR) y persigue la colaboración de forma coordinada, complementaria y en red de todos los programas, servicios y recursos implicados.

➤ **Composición del equipo y funciones:**

El equipo profesional que lleva a cabo el programa es un equipo multidisciplinar, compuesto tanto por personal sanitario como psicosocial, que desarrolla sus funciones y actividades teniendo en cuenta el enfoque integral biopsicosocial.

Dicho equipo se encarga de:

1) Valorar la **inclusión en el programa**

2) Proporcionar **acogida y vinculación** tras la selección - momento en el cual se suele firmar el contrato terapéutico

3) Realizar la **evaluación del usuario y elaboración del Programa Individual de Rehabilitación (PIR)** - de cara a completar la evaluación de enfermedad mental, realizar la evaluación funcional, establecer objetivos y actividades, planificar el seguimiento y asignar un tutor

4) Establecer el **plan de intervención**- el cual será flexible atendiendo no sólo a la capacidad de adaptación de cada usuario en función de su patología, sino también de la disponibilidad del personal que participa en el programa. Las intervenciones, de diversa índole, son llevadas a cabo tanto en el lugar de residencia, así como en el entorno social y comunitario, estando orientadas a:

-La **Atención psicosocial** - seguimiento y asesoramiento individualizado

-El **Apoyo a la rehabilitación psiquiátrica y psicosocial** - potenciando intervenciones y/o actividades de autocuidado, psicomotricidad, psicoeducación, habilidades personales, sociales, afrontamiento del estrés, rehabilitación socio-afectiva, la mediación de la salud, el asesoramiento jurídico/ legal, la acogida y apoyo a la familia y, por último, los programas de desarrollo laboral.

5) Decidir las **Salidas del programa** - situación que puede darse por varios motivos: salida en libertad, regresión de grado, abandono voluntario o la exclusión por presentar patrones de comportamiento incompatibles con el programa.

A nivel internacional

Algunos autores indican que los programas de intervención a nivel internacional, y sobre todo en aquellos países que rodean a España, no son muy diferentes a los que se aplican en las prisiones españolas (López, 2019).

Ello es motivado porque, en muchas ocasiones, dichas intervenciones están basadas en los mismos componentes y principios de asistencia (Organización Mundial de la salud, 2002).

Entre los **principios de asistencia** resaltan los siguientes:

- El diagnóstico e intervención
- La continuidad de los cuidados
- La cooperación con los pacientes y familiares
- La participación en la comunidad local
- La integración en la atención primaria

Los **componentes**, por su parte, se centran en:

- La farmacoterapia
- La psicoterapia
- La rehabilitación psicosocial

Entre los programas e iniciativas encontradas y analizadas a nivel internacional, se resaltan tres de ellas, atendiendo al impacto positivo que están teniendo entre el colectivo específico de enfermos mentales dentro de los diferentes establecimientos penitenciarios.

A continuación, se procede a detallar algunos aspectos generales de cada uno de ellos:

- **Los programas de musicoterapia**, atendiendo no sólo a su complementariedad con otros métodos no farmacológicos utilizados en el tratamiento de trastornos psiquiátricos y conductuales, sino también a los beneficios significativos que genera la aplicación de esa práctica concreta en las personas que padecen algún tipo de síntoma psiquiátrico o psicológico, ya que, se determina que, a través de experiencias musicales, se potencian mejoras a nivel físico y psicológico (Gold et al., 2019; Witusik & Pietras, 2019).

- **El programa de atención penitenciaria de tratamiento comunitario asertivo**, que tiene como finalidad facilitar uno de los periodos considerados más importantes de la vida de cualquier recluso, que no es otro que la transición de la prisión a la comunidad (Hopkin et al., 2018), mediante la participación temprana con los servicios de salud mental y comunitarios, de cara a garantizar la continuidad de cuidados en dicho ámbito (Mackenna et al., 2015).
- **Los programas de terapia asistida con animales**, considerados para muchos autores una forma de terapia de interacción humano-animal (Dell et al., 2019; Alison & Ramaswamy, 2016) y utilizados generalmente con personas con problemas de depresión, ansiedad y enfermedades mentales (Alison & Ramaswamy, 2016).

4.3. Resultados programas específicos

A nivel nacional:

En la actualidad no se conocen resultados concretos en relación al programa puente de Mediación Social desarrollado en los centros de inserción social, pero en cambio, sí con respecto al programa que se desarrolla dentro de los centros penitenciarios denominado Programa Integral de Atención a Enfermos Mentales (PAIEM). Se trata de resultados basados en un estudio descriptivo transversal realizado por Sanz et al. (2014), tras 4 años de implementación.

Dichos resultados, fueron obtenidos gracias a los datos recogidos a través de cuestionarios anónimos cumplimentados por los diferentes miembros de los equipos Paiem de los distintos centros penitenciarios.

En relación a las **variables relacionadas con los profesionales que forman parte del Paiem**, se determina que:

- Los profesionales que más habitualmente participan en el programa son: l@s psicolog@s (19%), l@s educadores (18%), l@s medic@s (16%), trabajadores sociales (14%), subdirector/a de tratamiento (11%) y enfermer@ (8%).

Un alto porcentaje (47%) lleva más de dos años interviniendo en el programa.

- En cuanto a la coordinación entre el equipo Paiem con otros equipos del centro, el 36% la considera normal, siendo por lo tanto, la percepción general satisfactoria. Además de ello, se determina que los equipos con mejor coordinación son los que mejores resultados obtienen en la intervención.

En relación a las **variables relacionadas con las actividades del Paiem**, se concluye lo siguiente:

- Entre las actividades de rehabilitación psicosocial que se llevan a cabo, destacan: con un 73% las destinadas al autocuidado, con un 65% los programas de educación para la salud y con un 62% las encaminadas a la preparación de las actividades de la vida diaria.
- Las actividades de intervención con las familias se hacen en la mayoría de los casos de manera telefónica (79%).
- La intervención grupal es efectuada por los profesionales de diferentes áreas intra e extrapenitenciaria. En el 40,3% las realizan profesionales de entidades sociales. En el 24,2% de los centros no se realiza este tipo de intervención.

En lo que respecta a los datos obtenidos en relación a la **variable reincorporación social**, se determina lo siguiente:

- En el 65% de los casos dicho itinerario se inicia entre 6 meses y un año de antelación a la libertad definitiva.
- La medida reglamentaria alternativa más utilizada para trabajar la reincorporación social son los permisos (51,6%).
- Los profesionales que se encargan de la derivación exterior (a la red comunitaria) suelen ser mayoritariamente los trabajadores sociales (84%), derivación que es realizada en el 60% de los casos con informe clínico y psicosocial.

En cuanto a los datos obtenidos teniendo en cuenta la **variable los efectos concretos tras la aplicación del programa**:

- El 71% de los profesionales entrevistados determinan que, entre el 50 y 100% de los

enfermos mentales incluidos en el programa, obtienen mejoras en sus carencias y discapacidades.

- Entre las **ventajas** de la aplicación del programa destacan: el tratamiento del interno desde un punto de vista integral y personalizado (78%), la mejor adaptación del interno y la consiguiente disminución de la conflictividad (75%) y la colaboración entre distintos profesionales (69%). La participación de los profesionales de las entidades sociales se ha mostrado determinante en los resultados beneficiosos del programa, especialmente en la fase de derivación del enfermo tras la excarcelación.
- Entre los **inconvenientes**, por su parte, resaltan: mayor carga de trabajo (66%), elevado escepticismo por parte de los funcionarios de vigilancia con respecto al programa (40,2%), escasa participación de los psiquiatras (centrados más en tareas clínicas) y la falta de un sistema de recogida de información y evolución, lo cual, dificulta la continuidad de las intervenciones en el caso de cambio de centro.

En definitiva, y atendiendo a lo comentado con anterioridad, los autores del citado estudio determinan que resulta esencial trabajar tanto con la unidad familiar (en el caso de que la haya), así como con las entidades sociales. Ello es importante, puesto que, la implicación de los mismos puede ser determinante no sólo en el proceso de recuperación y reinserción social, sino también en la realización de las derivaciones a los recursos comunitarios.

En este sentido, manifiestan que con el establecimiento del contacto previo, se puede fomentar la continuidad de los cuidados en la red familiar y/o social.

Pese a que señalan mejoras significativas en aspectos tan importantes como la adherencia, adaptación y reducción de la conflictividad en los participantes del programa, perciben la necesidad de proporcionar mayor información sobre el programa a los profesionales penitenciarios, de cara a conseguir una mayor implicación por parte de los mismos.

A nivel internacional:

Atendiendo a los datos extraídos en el estudio llevado a cabo por Witusik & Pietras (2019), se sustraen resultados tan interesantes como los que se señalan a continuación, en relación a la aplicación de los tratamientos de **musicoterapia** en los pacientes con enfermedad mental:

Se incide en el impacto positivo de la práctica, teniendo en cuenta los efectos beneficiosos que genera sobre el comportamiento, el funcionamiento cognitivo de los pacientes, así como, en la calidad de vida y el funcionamiento social.

También señalan que la musicoterapia es un tratamiento útil, tanto en el funcionamiento de las personas que padecen esquizofrenia como depresión. Ello es debido a que, a corto plazo, la aplicación de dicha práctica es capaz de reducir los niveles de ansiedad y, por lo tanto, propiciar un mayor bienestar en los sujetos aquejados por dichas patologías.

En este mismo sentido, se pronuncian otros autores como Gold et al. (2014), que tras la investigación llevada a cabo en relación a esta práctica, manifiestan que se trata de una intervención que contribuye no sólo a disminuir los síntomas de las patologías mentales, sino que aporta beneficios significativos en los procesos de rehabilitación de los presos.

En definitiva, y en base a los datos expuestos con anterioridad, los autores concluyen que la musicoterapia es una herramienta eficaz y complementaria al tratamiento farmacológico.

En cuanto al **programa de atención penitenciaria de tratamiento comunitario asertivo**, varios estudios determinan que la participación en este tipo de programas, no sólo tiene un impacto significativo a nivel clínico y/o farmacológico, sino también en la adecuada identificación de necesidades y el incremento del contacto con los equipos multidisciplinares de intervención comunitaria, los cuales, posibilitan los procesos de recuperación y rehabilitación psicosocial.

Es por ello, por lo que apuestan más por fomentar el cambio del modelo de atención, en vez de, en potenciar la implementación de nuevos recursos alejados de la visión comunitaria (Mackenna et al., 2018).

Los beneficios de la implementación de esta intervención también quedan constatados en un estudio realizado por Mackenna et al. (2015), llevado a cabo en cuatro prisiones. En dicho estudio, se realiza una comparación entre los internos que habían participado en el programa (n=170) y los internos que habían salido en libertad durante el año anterior a la implementación del mismo. Los datos fueron concluyentes, ya que, se determinó que los que habían participado tuvieron mayor contacto con los servicios comunitarios de salud y sociales previos a su libertad, así como, un mayor compromiso con los mismos tras su liberación. Ello, a su vez, tuvo su impacto significativo en la disminución de las tasas de reincidencia.

Y por último, con lo que respecta al **programa de terapia asistida con animales**, autores como Dell et al. (2019) constatan que la participación en este tipo de programas tiene un impacto importante en las habilidades cognitivo-conductuales. Indican que ello es debido al mayor reconocimiento de los sentimientos y emociones que influyen directamente sobre el comportamiento, el bienestar mental y el vínculo.

En esta línea, también se manifiestan otras autoras como Alison & Rawaswamy (2016), señalando que formar parte en este tipo de programas contribuye a la mejora de los niveles de paciencia, sociabilidad y responsabilidad. No obstante, también inciden en que, de momento, se requiere de mayor investigación de cara a poder determinar su impacto en la salud física y mental de las personas privadas de libertad.

5- LA REALIDAD DEL COLECTIVO DE ENFERMOS MENTALES EN EL CENTRO PENITENCIARIO DE BILBAO

5.1. Prevalencia

Los datos que se aportan a continuación son los referidos a los internos con enfermedad mental incluidos en el Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales (PAIEM) durante el año 2019 en el centro penitenciario de Bilbao. Durante dicho periodo, fueron 33 las personas con enfermedad mental grave, las incluidas en el referenciado programa.

A continuación, se detallan los porcentajes mensuales de ingresos de personas con enfermedad mental durante el ejercicio 2019:

**Tabla 1 Porcentaje de ingresos mensuales en el programa durante el periodo
2019**

| Mes | % |
|------------|--------|
| Enero | 15,15% |
| Febrero | 6,06% |
| Marzo | 9,09% |
| Abril | 15,15% |
| Mayo | 15,15% |
| Junio | 12,12% |
| Julio | 3,03% |
| Agosto | 0% |
| Septiembre | 6,06% |
| Octubre | 9,09% |
| Noviembre | 6,06% |
| Diciembre | 3,03% |
| Total | 100% |

Fuente: Elaboración propia

Las tasas de respuesta relativas a los ingresos mensuales en el programa durante el año 2019 se presentan en la tabla 1.

Los datos constatan que los meses con mayor número de personas incluidas en el programa paiem son los correspondientes a los meses de enero (n=5), abril (n=5), mayo (n=5) y junio (n=4) y los de menor julio y diciembre con (n=1), respectivamente. El mes de agosto resalta por la ausencia de casos incluidos. En el resto de los meses, la tendencia es similar, oscilando entre los 2 (febrero, septiembre y noviembre) y los 3 casos (marzo y octubre).

La ausencia y la menor inclusión de casos coincide con periodos vacaciones, en los cuales, hay una menor actividad laboral tanto en los juzgados sentenciadores, así como en el juzgado de vigilancia penitenciaria. Además de ello, la presencia profesional en el centro penitenciario es inferior a otros periodos, lo cual, influye en la detección de nuevos casos.

5.2. El perfil clínico

Tabla 2 Datos clínicos del colectivo de enfermos mentales en el Centro Penitenciario de Bilbao

| DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS | | | | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------|----------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|-------|
| Trastorno psicótico | Trastorno de personalidad | Esquizofrenia | Trastorno esquizotípico | Trastorno depresivo | Trastorno bipolar | Comorbilidad diagnóstica | Total |
| 21% | 24% | 15% | 3% | 3% | 3% | 30% | 100% |
| TIPOS DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD | | | | | | | |
| Trastorno límite | | Trastorno antisocial | | Trastorno paranoide | | Total | |
| 37,5% | | 37,5% | | 25% | | 100% | |
| DISCAPACIDAD PSÍQUICA RECONOCIDA | | | | | | | |
| Sí | | No | | En trámite | | Total | |
| 36% | | 58% | | 6% | | 100% | |
| GRADO DE DISCAPACIDAD RECONOCIDO | | | | | | | |
| + del 33% discapacidad | | | | 65 % o + de discapacidad | | | |
| 100% | | | | 67% | | | |

| CONSUMO DE DROGAS | | | | | |
|-------------------------------|--------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| | Si | | No | | Total |
| | 88% | | 12% | | 100% |
| TIPO DE SUSTANCIAS CONSUMIDAS | | | | | |
| únicamente alcohol | poli consumo | únicamente hachís | únicamente cocaína | únicamente heroína | Total |
| 10% | 69% | 3% | 14% | 3% | 99% |

Fuente: Elaboración propia

Las tasas de respuesta relativas a los datos clínicos se presentan en la tabla 2.

Los datos referidos a los **diagnósticos clínicos** indican que el 30% de la muestra (n=10) presenta comorbilidad diagnóstica, es decir, la coexistencia de dos o más enfermedades, el 24% (n= 8) trastorno de personalidad, el 21% (n=7) trastorno psicótico, el 15% (n=5) esquizofrenia y con el 3% se encuentra el porcentaje de personas diagnosticadas tanto con trastorno esquizotípico, trastorno depresivo y trastorno bipolar respectivamente (n=1).

Dentro del **diagnóstico clínico** referido a los **trastornos de personalidad**, resaltan con un 37,5% el trastorno límite y el antisocial, y con un 25% el paranoide. Dichos porcentajes se han obtenido teniendo en cuenta el número de personas de la muestra diagnosticadas con trastorno de personalidad (n=8).

En cuanto a la variable relativa al **reconocimiento** de la **discapacidad psíquica**, los datos extraídos indican que el porcentaje de personas con discapacidad reconocida es inferior al porcentaje de personas con la discapacidad psíquica no reconocida, 36% (n=12) vs 58% (n=19) respectivamente. Del porcentaje de personas que cuentan con la discapacidad psíquica reconocida, todas ellas (n=12) tienen reconocida una discapacidad igual o superior al 33%. No obstante, el 67% (n=8) presenta un grado de discapacidad igual o superior al 65%.

En cuanto al **consumo de drogas**, el 88% (n=29) reconoce consumo de drogas y/o alcohol. En lo que respecta al tipo de consumo, el 69% (n= 20) de la muestra reconoce el poli consumo, es decir, el consumo, bien sea de manera simultánea o alternativamente, de múltiples drogas. Con el porcentaje del 14% (n=4) se encuentran los consumidores únicamente de cocaína y con el 10% (n=3) los de alcohol.

Atendiendo a los datos analizados con anterioridad, se puede concluir que el perfil clínico mayoritario del colectivo de enfermos mentales en el centro penitenciario de Bilbao durante el año 2019, es el siguiente: Paciente con comorbilidad diagnóstica y problemática tóxica, siendo el tipo de consumo predominante, el policonsumo.

5.3. El perfil socio demográfico

Tabla 3 Datos socio demográficos del colectivo de enfermos mentales en el Centro Penitenciario de Bilbao

| SEXO | | | | | | | | |
|------------------|----------------------------------|--------------|--------------------|-----------------------|------------------------------------|-------------------------|--------------------------------|-------|
| Varón | | | Mujer | | | | Total | |
| 97% | | | 3% | | | | 100% | |
| EDAD | | | | | | | | |
| 10-19 años | 20-29 años | 30-39 años | 40-49 años | 50-59 años | 60-69 años | 70-79 años | 80-89 años | Total |
| 0% | 12% | 36% | 28% | 18% | 3% | 3% | 0% | 100% |
| NACIONALIDAD | | | | | | | | |
| Española | | | Africana | | Brasileña | | Total | |
| 70% | | | 27% | | 3% | | 100% | |
| ESTADO CIVIL | | | | | | | | |
| Soltero | | Con pareja | | Divorciado | | Casado | | Total |
| 73% | | 18% | | 6% | | 3% | | 100% |
| HIJOS | | | | | | | | |
| Sin hijos | | | | Con hijos | | | | Total |
| 73% | | | | 27% | | | | 100% |
| NIVEL FORMATIVO | | | | | | | | |
| Analfabeto | Estudios primarios sin finalizar | | Estudios primarios | | Estudios secundarios primera etapa | | Estudios secundarios completos | |
| 9% | 18% | | 21% | | 18% | | 9% | |
| Graduado escolar | | Bachillerato | | Formación profesional | | Estudios universitarios | | Total |
| 6% | | 3% | | 12% | | 3% | | 100% |

| HÁBITOS LABORALES | | | | | |
|---|--|---------------------------------|--|----------|-------|
| Hábitos laborales consolidados | Hábitos laborales no consolidados | | Sin hábitos laborales | Total | |
| 36% | 43% | | 21% | 100% | |
| SITUACIÓN LABORAL ANTES DEL INGRESO | | | | | |
| Trabajando | Desempleado | Jubilado | Incapacidad laboral | Total | |
| 6% | 85% | 3% | 6% | 100% | |
| NIVEL SOCIOECONÓMICO | | | | | |
| Bajo Desempeño actividad laboral en C.P | Bajo perceptor prestación no contributiva por discapacidad | Sin recursos económicos propios | Medio Prestación contributiva por jubilación o incapacidad laboral | Bajo RGI | Total |
| 12% | 21% | 46% | 12% | 9% | 100% |
| SITUACIÓN PENITENCIARIA | | | | | |
| Preventivo | Penado 2º | Penado 3º | Libertad condicional | Total | |
| 18% | 55% | 15% | 12% | 100% | |
| RÉGIMEN DE VIDA | | | | | |
| Régimen ordinario | Régimen abierto | | Libertad condicional | Total | |
| 73% | 15% | | 12% | 100% | |

Fuente: Elaboración propia

Las tasas de respuesta relativas a los datos socio demográficos se presentan en la tabla 3.

En cuanto a la **variable sexo**, los datos reflejan que la mayoría de las personas que presentan algún diagnóstico clínico de salud mental en el centro penitenciario de Bilbao son varones (97% n=32).

Tabla 4 Datos relativos a la variable edad, determinación media y desviación típica

| Variable Edad | | | | | | |
|----------------|----|----|--------|-----------------|---------------------|----------------------|
| Intervalo edad | Xi | Ni | Xi. Ni | $x_i - \bar{x}$ | $(x_i - \bar{x})^2$ | $n(x_i - \bar{x})^2$ |
| 20-29 | 25 | 4 | 100 | -17,27 | 298,25 | 1193 |
| 30-39 | 35 | 12 | 420 | -7,27 | 52,85 | 634,2 |
| 40-49 | 45 | 9 | 405 | 2,73 | 7,45 | 67,05 |
| 50-59 | 55 | 6 | 330 | 12,73 | 162,05 | 972,3 |
| 60-69 | 65 | 1 | 65 | 22,73 | 516,65 | 516,65 |
| 70-79 | 75 | 1 | 75 | 32,73 | 1071,25 | 1071,25 |
| Total | | 33 | 1395 | | | 4454,45 |

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la variable **edad**, la media de edad se sitúa en torno a los 42 años, en el 42,27 exactamente, siendo la franja que oscila entre los 30 y los 39 años la más mayoritaria con un 36% (n=12). La desviación típica o la desviación estándar, es decir, la medida que se usa para calcular la variación de datos numéricos en un conjunto de ellos, se sitúa en el 11,61.

Son tres las **nacionalidades** presentes en la muestra, siendo la nacionalidad española la que mayor porcentaje de personas engloba (n=23), lo que se traduce en un 70%.

El **estado civil** predominante es el de la soltería con un 73% (n= 24). Dicho porcentaje coincide con el porcentaje de personas sin hijos.

En cuanto al **nivel formativo**, el 21% de la muestra (n=7) cuenta con estudios primarios. Con el 18% (n=6), respectivamente, se encuentran tanto el porcentaje de personas que cuentan con estudios primarios sin finalizar, así como estudios secundarios pero de primera etapa, es decir, estudios hasta segundo curso de la enseñanza secundaria obligatoria. Únicamente el 3% (n=1) de la muestra cuenta con estudios universitarios.

En relación a los **hábitos laborales**, el 43% de la muestra (n=14) cuenta con hábitos laborales no consolidados, es decir, que han desempeñado empleos durante periodos breves y espaciados en el tiempo, contando además con una vida laboral inferior a 3 años. El 21% (n=7) carece de hábitos laborales. Antes del ingreso, el 85% (n=28) se encontraba en situación de desempleo.

Con lo que respecta al **nivel socio económico**, el 46% (n=15) carece de recursos económicos propios. El porcentaje que presenta un nivel socio-económico bajo se sitúa en el 42%, siendo el 21% (n=7) el porcentaje relativo a los perceptores de la prestación no contributiva por discapacidad reconocida, el 12 % (n=4) a los que desempeñan trabajos remunerados dentro del centro penitenciario (el sueldo neto dentro de la institución penitenciaria oscila entre los 130 y los 400 euros en función a la actividad laboral que se desempeña, ya que, algunas de ellas, tales como los talleres productivos, dependen de la producción) y el 9% (n=3) a los perceptores de la renta de garantía de ingresos. Únicamente el 12% (n=4) cuenta con nivel socioeconómico medio, bien por percibir una prestación contributiva por jubilación o incapacitación laboral.

En cuanto al **régimen de vida** penitenciario, la Dirección general de Instituciones penitenciarias (2006) lo define como el conjunto de normas y medidas que persiguen la

consecución de una convivencia adecuada de cara a garantizar el éxito, no solo de la retención y custodia de las personas privadas de libertad, sino también del tratamiento de los mismos.

Dentro de dicho régimen, se diferencian **tres tipos**, los cuales, vienen recogidos en el Título III del real decreto 190/196, de 9 de febrero:

- **El régimen ordinario:** aplicable a los penados clasificados en segundo grado, a los penados sin clasificar, y a los detenidos y los presos.
- **El régimen abierto:** adjudicable a los penados clasificados en tercer grado que pueden continuar tratamiento en régimen de semilibertad.
- **El régimen cerrado:** dirigido a los penados clasificados en primer grado por su peligrosidad extrema o manifiesta inadaptación a los regímenes comunes anteriores y a los preventivos en quienes concurren idénticas circunstancias.

A pesar de que existen tres tipos de régimen de vida penitenciario, en el centro penitenciario de Bilbao, únicamente se cuenta con dos de ellos, el régimen ordinario y el régimen abierto. El porcentaje mayoritario, es decir, el 73% (n=24), se encuentra en régimen ordinario. En régimen abierto, por su parte, se ubica el 15% (n=5) y en situación de libertad condicional, el 12% (n=4).

Partiendo de la **situación penitenciaria**, los **reclusos en situación preventiva** son aquellos que se encuentran internos en la institución penitenciaria a la espera de una resolución judicial y que ingresan en prisión por consideración del juez, generalmente atendiendo a la tipología delictiva o el riesgo de fuga.

Los **clasificados en 2º** son aquellos, que bien por sus circunstancias personales y/o penitenciarias, no se encuentran, de momento, capacitados para llevar a cabo una vida en semilibertad. En **tercer grado**, sin embargo, son clasificados aquellos que, por contra, cuentan con la capacitación suficiente para poder llevar a cabo la vida en semilibertad. En este último caso, además de las circunstancias personales y penitenciarias, suele tenerse en cuenta la naturaleza del delito.

La **libertad condicional**, por su parte, que es considerada como el último eslabón previo a la obtención de la libertad definitiva, se obtiene atendiendo a varias circunstancias.

Para poder acceder a su disfrute, previamente se tiene que estar clasificado en tercer grado, tener cumplidas o bien las 2/3 o las 3/4 partes de la condena, haber mantenido buena conducta y contar con un pronóstico favorable de reinserción social. La situación de la libertad condicional se obtiene a través de auto del juzgado.

Atendiendo a los datos analizados con anterioridad, se puede concluir que el perfil socio demográfico mayoritario del colectivo de enfermos mentales en el centro penitenciario de Bilbao durante el año 2019, es el siguiente:

Varón, con una edad que ronda los 42 años, de nacionalidad española, soltero y sin hijos. Con un nivel formativo bajo y con hábitos laborales no consolidados. Sin recursos económicos o con un nivel socioeconómico bajo. Clasificado en 2º y, por lo tanto, disfrutando del régimen de vida ordinario.

5.4. El Tratamiento

5.4.1. Modelo de atención

Las intervenciones que se realizan con el colectivo de enfermos mentales en el centro penitenciario de Bilbao, vienen regidas por el modelo asistencial. Dicho tipo centra sus líneas generales de intervención en la detección, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y reinserción social y, a su vez, basa sus actuaciones en características tales como la calidad, autonomía, continuidad/derivación a recursos externos, la multidisciplinariedad, el trabajo en equipo, la colaboración de instituciones/ entidades, la coordinación, la formación y la investigación (Ministerio del interior, Dirección general de instituciones penitenciarias, 2007).

De cara a la obtención de una intervención eficaz, se establece que la actuación debe iniciarse por la **detección**, el **diagnóstico** clínico y establecimiento del **tratamiento** farmacológico necesario que conlleve la estabilización clínica, lo cual, posteriormente va a facilitar la rehabilitación y la reinserción social (Ministerio del interior, Dirección general de instituciones penitenciarias, 2007).

Una vez obtenido el primer eslabón, se procede a fomentar la **rehabilitación**. El objetivo primordial que se persigue mediante dicho aspecto, no se limita únicamente a disminuir y/o

compensar déficits, discapacidades o minusvalías, sino también a fomentar el mayor grado de autonomía posible, que favorezca el funcionamiento dentro del entorno. Suele tratarse de un proceso de larga duración, donde se suelen producir periodos de mayor o menor estabilidad psicopatológica y avance en la rehabilitación psicosocial.

Es por ello, por lo que resalta la importancia del establecimiento de un plan individualizado de rehabilitación (PIR) para cada persona, entendido éste como un itinerario individual, voluntario, continuo, dinámico y revisable, donde se especifican los objetivos, las actividades prioritarias y complementarias que se consideran necesarias de cara a subsanar carencias y/o necesidades y el tiempo previsto para llevarlo a cabo (Ministerio del interior, Dirección general de instituciones penitenciarias, 2007).

La última línea de intervención denominada **reinserción social**, por su parte, lo que persigue es la capacidad de la persona para funcionar en ambientes diferentes, gracias a la continuidad de cuidados en la red de atención socio-sanitaria (Ministerio del interior, Dirección general de instituciones penitenciarias, 2007).

5.4.2. Descripción del programa de intervención

En el caso concreto del centro penitenciario de Bilbao, y atendiendo a su colectivo de enfermos mentales, el único programa que tiene instaurado es el **Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales (PAIEM)**.

Se trata de un programa integrado dentro de la estrategia global de actuación en salud mental llevado a cabo por el Ministerio del interior, la Dirección general de instituciones penitenciarias (2006) y que se rige en función de la siguiente definición, objetivos, población destinataria, actividades y equipo profesional.

➤ **Definición y objetivos del programa PAIEM:**

Es un programa global de atención a la enfermedad mental, que tiene como finalidad la consecución de unos **objetivos terapéuticos y reinsertadores**, que se especifican de la siguiente manera: **recuperar la salud y dar continuidad al tratamiento, el cuidado y los apoyos**. Por lo tanto, y atendiendo a su finalidad, los **objetivos de intervención** que se persiguen se articulan en base a:

1- Detectar, diagnosticar y tratar (atención clínica) de cara a realizar o confirmar el diagnóstico, así como pautar el tratamiento médico adecuado que potencie la estabilización.

2- Mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedad mental.

3- Facilitar la incorporación social mediante el fomento de actuaciones en el ámbito familiar (en el caso de que existe red familiar) y/o búsqueda de recursos comunitarios externos apropiados.

En resumen, lo que específicamente se persigue es la recuperación de las capacidades personales, el aumento de la autonomía personal, la calidad de vida, así como, la adaptación al entorno. En definitiva, evitar el deterioro psicosocial, facilitando la adquisición y desarrollo de habilidades, recursos y aprendizajes que ayuden a la persona a nivel personal, familiar, social y laboral.

➤ **Población destinataria:**

Está dirigido a todas aquellas personas, mayores de edad, que padecen alguna enfermedad mental grave.

➤ **Actividades más importantes que se llevan a cabo:**

Son **dos los tipos de actividades** que se potencian desde el **programa Paiem:**

1- La participación en las **actividades comunes del establecimiento**, en las que participa la población penitenciaria en su conjunto, entre las que destacan las **actividades educativas** (escuela), **formativas** (cursos formativos específicos de albañilería, pintura e informática), **terapéuticas** (los programas de tratamiento específicos, tales como, el programa de drogodependencias o violencia de género...), **laborales** (talleres productivos de cartones y gomas o trabajo productivo en destinos tales como cocina, economato, biblioteca o limpieza), **deportivas** y **ocupacionales** (animación a la lectura, educación para la salud o manualidades).

2- Las **actividades específicas dirigidas en exclusividad** a las personas con enfermedad mental grave.

En este sentido, en el caso concreto del Centro Penitenciario de Bilbao, es una única **actividad específica** la utilizada en la atención e intervención con las personas con enfermedad mental:

El programa psicoeducativo en salud mental, donde se trabajan los siguientes módulos a lo largo de 8 sesiones, llevados a cabo una vez por semana:

- Módulo 1: Conociendo la enfermedad:

En dicho módulo se dan a conocer los distintos tipos de trastorno, sus causas, síntomas, señales de alarma y fases (Sesiones 1 y 2).

- Módulo 2: Manejo eficaz del tratamiento:

En el segundo de los módulos, se trabaja en relación al conocimiento de los distintos tipos de medicación así como en sus efectos secundarios. También se incide en la responsabilidad en la toma de los fármacos prescritos (Sesiones 3 y 4).

- Módulo 3: La interacción de consumo de drogas con la medicación psiquiátrica

Lo que se persigue con este módulo es que los participantes adquieran mayor conciencia en relación al impacto y la influencia que la droga ejerce sobre su persona y, por consiguiente, en su tratamiento. Se dan a conocer no sólo los tipos de sustancias, sino también las consecuencias (sesión 5).

- Módulo 4: Las habilidades de comunicación:

A través de la interiorización de distintas técnicas o habilidades, tales como la escucha activa, la asertividad o la empatía, lo que se pretende es la mejora de la comunicación con las distintas personas, con las cuales, interactúan en su vida diaria: profesionales, internos, familiares... (Sesión 6 y 7)

- Módulo 5: "destruyendo barreras":

Mediante el análisis de diferentes situaciones, se trabajan aspectos como las distorsiones cognitivas, las ideas erróneas, los prejuicios o el estigma (Sesión 8)

➤ **Composición del equipo profesional y sus funciones:**

El **equipo profesional** que participa en el **programa Paiem** del Centro penitenciario de **Bilbao** está compuesto, por norma general, por los siguientes profesionales:

Personal sanitario, además del **médico** y la **psiquiatra consultora** que acude todos los martes al centro penitenciario, participan en el programa tanto la **psiquiatra como la psicóloga del equipo de toxicomanías**, todos ellos pertenecientes al **sistema Vasco de Salud de Osakidetza**, puesto que, en el País Vasco la sanidad penitenciaria se encuentra transferida.

Además de los profesionales citados con anterioridad, en dicho programa participa parte del **equipo técnico de tratamiento** de la **propia institución** penitenciaria: **2 psicólogos, 2 educadores, 2 trabajadoras sociales y la subdirectora de tratamiento**, quién tiene encomendada la función de coordinadora. No obstante, en algunas de las **reuniones de coordinación**, las cuales son celebradas **una vez al mes**, acuden el **jurista y algún funcionario de vigilancia**.

En resumen, se trata de un **equipo multidisciplinar con enfoque de intervención biopsicosocial**, que tiene encomendadas las siguientes funciones:

- **Detectar o valorar los casos susceptibles de ser incluidos en el programa**, en base al análisis de ítems recogidos en el documento denominado detección de posible enfermedad mental, donde por ejemplo, entre sus ítems, constan los que se citan a continuación: manifestar que escucha cosas que los demás son incapaces de percibir, exteriorizar conductas extrañas, presentar lenguaje incomprensible, grave deterioro en el cuidado personal: aseo y celda (ver anexo I).

- **Determinar el nivel de intervención y realizar la evaluación de habilidades y discapacidades** de cada uno de los participantes incluidos en el programa, valorando aspectos tales como: los autocuidados, la autonomía personal, autocontrol, relaciones interpersonales, funcionamiento cognitivo, medicación y tratamiento.

La evaluación de las habilidades y los déficits, determinan los **niveles de intervención**. Dichos niveles van del I al III.

El **nivel I** corresponde a aquellas personas que carecen de conductas de riesgo y disruptivas, y que pese a presentar síntomas, éstos no condicionan su interrelación y funcionamiento diario. Se trata de individuos que requieren seguimiento, pero que pueden desenvolverse de manera adecuada en los módulos ordinarios.

En el lado opuesto, en el **nivel III** concretamente, se incluyen aquellos que, por contra, presentan conductas de riesgo y disruptivas y presentan dificultades significativas de cara a su adaptación en el medio. Por ello, precisan control y la consignación de un interno de apoyo, es decir, de la ayuda de otro interno, que se encuentra formado para ello, encargado de supervisarle y ayudarle en sus quehaceres diarios.

Y por último, en el nivel intermedio, es decir, en el **nivel II** se incorporan aquellos en los cuales existen síntomas que afectan parcialmente a su funcionamiento del día a día, por lo que precisan seguimiento y, en algunos casos, también la asignación de interno de apoyo (Ministerio del Interior, Dirección general de Instituciones penitenciarias, 2007).

- **Realizar el plan individualizado de rehabilitación (PIR)** de cada uno de los participantes, señalando en el mismo tanto los objetivos generales como específicos, la determinación de las actividades a realizar, la necesidad o no de interno de apoyo, así como el tipo de seguimiento a realizar.

5.4.3. Algunos resultados relevantes programa

Tal y como se ha comentado con anterioridad, durante el año 2019 han sido 33 las personas con enfermedad mental las incluidas en el programa Paiem.

Cabe destacar, que en el Centro Penitenciario de Bilbao únicamente se incluyen en el programa aquellas personas que se consideran que presentan una enfermedad mental grave. Por lo que, en ocasiones, quedan excluidas determinadas personas que, pese a contar con alguna patología, está no es lo suficientemente incapacitante como para no poder desenvolverse de manera autónoma, sin la necesidad de precisar de una intervención específica. En ese sentido, se pueden citar aquellas personas, por ejemplo, con algún trastorno de personalidad leve.

En cuanto a la inclusión en el programa, en la mayoría de los casos (90,9% n=30), las inclusiones han sido tras las entrevistas de valoración realizadas, tanto por parte del personal sanitario como por parte de los profesionales del equipo técnico, formado entre otros, por trabajadoras sociales, psicólogos y educadores. Ello se ha producido tras la detección de síntomas activos como alucinaciones (auditivas o visuales) y/o lenguaje incoherente o, en algunos de los casos, a través de información proporcionada por otros profesionales de la red socio-sanitaria, donde han especificado el historial psiquiátrico o los ingresos previos en unidades psiquiátricas.

No obstante, en el 9,1% (n=3) de los casos, la inclusión en el Paiem ha sido gracias a las aportaciones realizadas por los funcionarios de interior, al detectar y poner en conocimiento determinadas conductas extrañas/desorganizadas o elevada impulsividad por parte de algunos internos, que posteriormente han tenido su entrada en el programa.

En cuanto a la **determinación del nivel de intervención** y la **evaluación de habilidades y discapacidades**, cabe destacar que en más de la mitad de los internos incluidos en el programa (51,51% n=17) se ha seleccionado el nivel II como el nivel de intervención más idóneo, seguido con un 27,27 (n= 9) el I y con un 21,21% (n=7) el III. Dicha selección ha sido de acuerdo a las necesidades detectadas en base a la evaluación de las habilidades y discapacidades.

El 36,36% (n=12) de la muestra ha precisado de la asignación de interno de apoyo, siendo el 21,21% (n=7) correspondiente a personas incluidas en el nivel de intervención III y el 15,15% (n=5) en el nivel II.

En cuanto a los **items** analizados en cada una de las **áreas** utilizadas para la **evaluación de habilidades y discapacidades**, se indican aquellos que mayor repercusión han tenido en el posterior establecimiento del plan individualizado de rehabilitación:

- **Área de autocuidados:** los relativos a la higiene personal y al cuidado de la celda.
- **Área autonomía personal:** los items que hacen referencia a la utilización del dinero (peculio) y la capacidad para realizar gestiones burocráticas.
- **Área autocontrol:** los relativos al manejo de situaciones de ansiedad, autolesiones, riesgo de suicidio y adicciones

- **Área relaciones interpersonales:** los que hacen referencia a la red social e interés en la participación en actividades grupales.
- **Área funcionamiento cognitivo:** los items que inciden en la capacidad del habla, la atención, la percepción y la resolución de conflictos.
- **Área medicación y tratamiento:** todos ellos, es decir, los correspondientes a la conciencia de enfermedad, la actitud frente al tratamiento y la responsabilidad en la toma de medicación

Y, por último, en cuanto al **plan individualizado de rehabilitación (PIR)**, los objetivos generales y específicos establecidos de manera mayoritaria han tenido que ver con las áreas relativas al autocuidado, el autocontrol, la medicación y el tratamiento.

En relación a la determinación de las **actividades**, resalta con un 84,84% (n=28) el establecimiento de actividades **ocupacionales** (principalmente las actividades de manualidades y educación para la salud), con un 75,75% (n=25) las **terapéuticas** (relacionadas fundamentalmente con el tratamiento de toxicomanías), con un 30,30% (n=10) las **educativas** (escuela), con un 15,15% (n=5) las **laborales** (trabajo en taller productivo) y con un 9,09% (n= 3) las **formativas** (curso formativo informática).

Con lo que respecta a la **actividad** relativa al **programa psicoeducativo en salud mental**, ésta ha sido incluida en el 30,30% (n=10) de los casos.

El 36,36% (n=12) ha precisado el nombramiento de **interno de apoyo**.

En cuanto al **seguimiento**, éste se ha llevado a cabo, mediante la utilización de dos formas diferentes:

- De manera **mensual:** valorando cada uno de los casos incluidos en el programa en la reunión del Paiem.
- De manera **semanal:** en la junta de tratamiento, es decir, en la reunión que realizan los profesionales del equipo técnico, donde se valoran aquellos casos que, además de estar incluidos en el programa Paiem, han sido incluidos en el programa de prevención de suicidios (PPS).

Durante el año 2019, el 30,30% (n=10) ha sido beneficiario de ese doble plan de seguimiento.

Teniendo en cuenta el **tratamiento**, en el año 2019 sigue instaurado el Programa de Atención Integral a Enfermos Mental (Paiem), el cual, se encuentra en funcionamiento desde el año 2009, al igual, que en otros centros penitenciarios estatales, ya que, se trata de un programa fomentado desde la dirección general de instituciones penitenciarias.

No obstante, y pese a la existencia de un programa marco, desde el Centro Penitenciario de Bilbao se ha apostado por complementar el mencionado programa con la actividad específica de psicoeducación en salud mental. El motivo ha sido porque se ha percibido la necesidad de adaptar dicho programa a las necesidades del colectivo y las características del propio centro penitenciario.

5.4.4. Diferencias / similitudes en comparación con otros estudios en el mismo ámbito

En relación a los **datos clínicos** de los reclusos con enfermedad mental internos en el centro penitenciario de Bilbao en el año 2019, resalta que un porcentaje muy elevado, concretamente el 30%, cuenta con comorbilidad diagnóstica.

A nivel nacional, dicho porcentaje se aproxima mucho al proporcionado por parte de la Subdirección general de sanidad penitenciaria de la Dirección general de Instituciones penitenciarias (2017) que lo ubica en el 25,6% y, a nivel internacional, con el estudio llevado a cabo por Sepehrmanesh et al. (2014) en Irán, donde dicha tasa se sitúa en el 36%. No obstante, se aleja de otros porcentajes proporcionados en otros estudios como es, por ejemplo, en el caso del desarrollado por López et al. (2016) que, por su parte, sitúa el grado de comorbilidad en un 60%.

También resulta significativo el porcentaje de personas que padecen algún trastorno de personalidad, el cual, se concreta en un 24%, siendo los más prevalentes dentro del grupo A el paranoide y en el B el límite y antisocial. Dichos datos coinciden, a nivel nacional, con los estudios llevados a cabo por Vicens et al. (2011) y Zabala Baños (2016), donde también se resalta el trastorno paranoide como el más predominante dentro del grupo A, así como, con las investigaciones desarrolladas por Casares-López et al. (2011) y Rodríguez (2017) que dentro del grupo B señalan como los más preponderantes los trastornos antisocial y limite, difiriendo con lo manifestado por Zabala-Baños (2016), que por contra, pone su

atención en el histriónico y el narcisista.

A nivel internacional, coincide con lo manifestado en varios estudios donde se estima que los trastornos de personalidad más prevalentes son el trastorno antisocial (El-Gilany et al., 2016; Sepehrmanesh et al., 2014) y el límite (Sepehrmanesh et al., 2014).

Al igual que ocurre en varios de los estudios analizados, tanto a nivel nacional (López et al., 2016; Marín-Basallote & Navarro-Repiso, 2012; Villagrà-Lanza et al., 2011; Zabala-Baños, 2016; Zabala-Baños et al., 2016), como a nivel internacional (Brinded et al., 2001; Fovet et al., 2020; Coloma, Pérez & Salaberría, 2018), en la muestra relativa al colectivo de enfermos mentales del centro penitenciario de Bilbao, también resalta una elevada tasa (88%) de personas consumidoras de drogas.

En relación a la variable tipo de consumo, también coincide con otros estudios como los llevados a cabo por Casares-López et al. (2011) y Marín-Basallote & Navarro-Repiso (2012), donde se establece que el tipo de consumo predominante es el policonsumo. En el caso del centro penitenciario de Bilbao, la tasa se sitúa en el 66%.

En cuanto al **perfil socio demográfico**, cabe señalar que, en todos los casos, se concreta la soltería como el estado civil predominante y el bajo nivel formativo (estudios primarios) como lo más habitual. Dichos datos coinciden con lo manifestado, en los estudios analizados tanto a nivel nacional como internacional.

Atendiendo a los estudios realizados a nivel nacional, en la muestra del centro penitenciario de Bilbao, también la nacionalidad mayoritaria es la española (Dirección general de instituciones penitenciarias. Subdirección general de sanidad penitenciaria, 2007; Zabala-Baños, 2016).

La diferencia principal, por su parte, se encuentra en el dato relativo a la **edad**, siendo la edad media en el centro penitenciario de Bilbao (en torno a los 42 años) algo superior a la establecida tras el análisis realizado en el ámbito nacional (menos de 40 años) y mucho mayor a la determinada a nivel internacional (en torno 30 años).

En cuanto al **tratamiento**, de los dos programas fomentados por parte de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, únicamente tiene instaurado el **Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales**.

6. CONCLUSIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

En los últimos años, diferentes estudios realizados en el ámbito penitenciario, demuestran un incremento significativo en relación al número de personas con enfermedad mental que ingresan entre sus muros. Por lo tanto, es evidente que existen elevadas tasas de prevalencia de trastorno mental.

Teniendo en cuenta esta nueva realidad que afecta de lleno a los establecimientos penitenciarios, resulta interesante adaptar o modificar los modelos de atención establecidos en sus inicios, basados únicamente en el componente clínico y/o farmacológico.

En este sentido, es primordial fomentar nuevos modelos e intervenciones que tengan en cuenta la perspectiva biopsicosocial, ya que, no hay que olvidar que la patología mental afecta a la persona en su totalidad, es decir, que tiene su impacto tanto a nivel biológico, psicológico como social.

Es por ello, por lo que resulta necesario implementar actuaciones que tengan en cuenta no sólo dicho enfoque, sino también que potencien intervenciones de carácter integral capaces de adaptarse a las necesidades reales del colectivo, algo esencial de cara a fomentar adecuados procesos de recuperación y rehabilitación psicosocial.

Una de las líneas futuras de investigación, por lo tanto, podría dirigirse específicamente a conocer en exclusividad las necesidades reales del colectivo.

Se apuesta por el análisis de dicho aspecto, teniendo en cuenta que puede ser determinante de cara a obtener las herramientas necesarias y propiciar un nuevo abordaje basado en la atención integral, algo prioritario en la intervención con el colectivo.

A lo largo de las páginas anteriores, ha quedado evidenciado que se han llevado a cabo, tanto a nivel nacional como internacional, diferentes estudios en relación a la prevalencia, el perfil y los programas de tratamiento dirigidos a las personas con enfermedad mental en el ámbito penitenciario, todos ellos completamente necesarios para conocer con mayor rigurosidad la realidad existente.

No obstante, se considera necesario seguir investigando en este sentido, ya que, los datos demuestran que siguen existiendo todavía algunos déficits que precisan de solución.

Entre ellos, destacan la falta de creación de unidades de salud mental penitenciarias, la escasez de los recursos humanos y, por consiguiente, la mayor carga de trabajo de los profesionales implicados en los programas de tratamiento, la falta de coordinación entre el personal sanitario y el social, así como, la escasa y /o la inadecuada derivación a recursos comunitarios.

Es por ello, por lo que se deben establecer intervenciones concretas que posibiliten, no sólo la adaptación a las particularidades concretas del colectivo, sino también la individualización en los procesos de cada una de las personas que finalmente componen dicha agrupación. En definitiva, no todas las intervenciones y programas de tratamiento valen para todos los individuos, ni tampoco para todos los centros penitenciarios.

A pesar de que existen diversas intervenciones y programas de tratamiento específicos llevados a cabo en los interiores de los centros penitenciarios, tales como el programa de Atención Integral a Enfermos Mentales (Paiem), los programas de musicoterapia o los de terapia asistida con animales, desde la práctica profesional, se precisa la necesidad de fomentar otro tipo de programas que cuenten con una mirada diferente. En definitiva, que vayan desde el interior al exterior de la prisión y que complementen las intervenciones de farmacoterapia, psicoterapia y rehabilitación psicosocial iniciadas en el interior, puesto que, la transición desde la prisión a la situación de semilibertad o libertad definitiva es un punto clave. Sin embargo, aun habiendo realizado una excelente intervención dentro de la institución penitenciaria, si no se propicia la adecuada derivación/coordinación a los servicios y/o recursos comunitarios, dicho cambio de régimen de vida puede fracasar. Por dicho motivo, es importante fomentar programas como el de mediación social o de tratamiento asertivo comunitario, que avalen la continuidad de los cuidados.

No obstante, no sólo se trata de fomentar intervenciones, programas o planes, sino de tener la capacidad suficiente para evaluar su eficacia y eficiencia. La práctica demuestra que de nada sirve contar con buenas ideas, si las mismas no son eficaces ni evaluables. Existe una amplia gama de intervenciones, pero a su vez, una falta de estudios basados en la evidencia, que dan lugar, en muchas ocasiones, a actuaciones sin base científica llevadas a cabo por profesionales voluntariosos pero no formados.

Teniendo en cuenta lo comentado con anterioridad, es evidente que resulta esencial la investigación, no sólo de cara a conocer y modificar lo necesario para mejorar, sino para lograr los objetivos perseguidos en el medio penitenciario que, de manera resumida, se traducen en: garantizar la salud, la continuidad de los cuidados y reducir la reincidencia.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abad, A., Arroyo, J.M., Cotado, A., García, J., Gómez, P., Hernández, J.J.,...Senovilla, H.L. (2014). Protocolo de aplicación del programa puente en mediación social en enfermedad mental para centros de inserción social. 1-20. Madrid. Recuperado de <http://www.interior.gob.es>
- Allison, M., & Ramaswamy, M. (2016). Adapting animal-assisted therapy trials to prison-based animal programs. *Public Health Nursing, 33*(5), 472-480.
- Álvaro-Brun, E., & Vegue-González, M. (2008). Validez del Cuestionario International Personality Disorder Examination (IPDE) en una muestra de población penitenciaria. *Revista española de sanidad penitenciaria, 10*(2), 12-17.
- American psychiatric Association-Apa (2014). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM5-5ª. Madrid. Editorial Médica Paramericana.
- Arroyo-Cobo, J. M. (2011). Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo. *Revista española de sanidad penitenciaria, 13*(3), 100-111.
- Bernabéu-Wittel, M., Alonso-Coello, P., Rico-Blázquez, M., del Campo, R. R., Gómez, S. S., & Vales, E. C. (2014). Desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología. *Atención Primaria, 46*(7), 385-392.
- Blanco-Aspiazu, M. Á., Kou, S., & Xueqing, L. (2017). La comorbilidad y su valor para el médico generalista en Medicina Interna. *Revista Habanera de Ciencias Médicas, 16*(1), 12-24.
- Bonilla-Cortes, C. (2012). Comorbilidad en la psicología y la psiquiatría. Recuperado el 11 de Abril de 2021, de <https://psicologosencostarica.com/comorbilidad-en-la-psicologia-y-la-psiquiatria>.
- Brinded, P. M., Simpson, A. I., Laidlaw, T. M., Fairley, N., & Malcolm, F. (2001). Prevalence of psychiatric disorders in New Zealand prisons: a national study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 35*(2), 166-173.

- Casares-López, M. J., González-Menéndez, A., Bobes-Bascarán, M. T., Secades, R., Martínez-Cordero, A., & Bobes, J. (2011). Necesidad de evaluación de la patología dual en contexto penitenciario. *Adicciones*, 23(1), 37-44.
- Coloma, V. M., Pérez, J. I., & Salaberría, K. (2018). Diferencias generales y entre sexos en salud mental: Un estudio comparativo entre población penitenciaria y población general. *Revista Mexicana de Psicología*, 35(2), 117-130.
- Cutiño Raya, S. J. (2015). Algunos datos sobre la realidad del tratamiento en las prisiones españolas. *Revista electrónica de ciencia penal y criminología* 17(11).
- Dell, C., Chalmers, D., Stobbe, M., Rohr, B., & Husband, A. (2019). Animal-assisted therapy in a Canadian psychiatric prison. *International journal of prisoner health*. 15(3), 209-231.
- Díaz, M. G. (2014). Concepto de tratamiento penitenciario: un doble paradigma. *La ley penal: revista de derecho penal, procesal y penitenciario*, (110), 3.
- Dirección general de instituciones penitenciarias (2006). Estrategia global de actuación en salud mental. Madrid. Recuperado de <https://www.mscbs.gob.es>
- Dirección general de instituciones penitenciarias. Subdirección general de sanidad penitenciaria (2007). Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario. Madrid. Recuperado de <https://mscbs.gob.es>
- El-Gilany, A. H., Khater, M., Gomaa, Z., Hussein, E., & Hamdy, I. (2016). Psychiatric disorders among prisoners: a national study in Egypt. *East Asian Archives of Psychiatry*, 26(1), 30-38.
- Fajardo-Gutiérrez, A. (2017). Medición en epidemiología: prevalencia, incidencia, riesgo, medidas de impacto. *Revista Alergia México*, 64(1), 109-120.
- Fazel, S. & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet* (London, England), 359 (9306),545-550.
- Fazel, S., & Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *The British Journal of*

Psychiatry, 200(5), 364-373.

Federación de Euskadi de asociaciones de familiares y personas con enfermedad mental (FEDEAFES) (2012). Guía de estilo. Cómo abordar la salud mental en los medios de comunicación. 1-15. Recuperado de <http://fedeaefes.org>

Ferrando, L., Bobes, J., Gibert, J., Soto, M., & Soto, O. (2000). 1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI). Instrum. Detección Orientación Diagnóstica. Recuperado de <http://www.iiap.es>

Ferrer, M. E. F., & Del-Prado González, N. (2013). Medidas de frecuencia y de asociación en epidemiología clínica. *Anales de Pediatría Continuada*, 11(6), 346-349.

First, M. B., & Gibbon, M. (2004). The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) and the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II). *New York State Psychiatric Institute*.

Fovet, T., Plancke, L., Amariei, A., Benradia, I., Carton, F., Sy, A., ... & Roelandt, J. L. (2020). Mental disorders on admission to jail: A study of prevalence and a comparison with a community sample in the north of France. *European Psychiatry*, 63(1),1-7.

Gallardo García, R. M. (2016). Los programas y actividades del tratamiento penitenciario: la necesaria adaptación de la norma. *Anuario da Facultade de Dereito da Universidade da Coruña*, 20, 139-160.

Gold, C., Assmus, J., Hjørnevik, K., Qvale, L. G., Brown, F. K., Hansen, A. L., ... & Stige, B. (2014). Music therapy for prisoners: Pilot randomised controlled trial and implications for evaluating psychosocial interventions. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 58(12), 1520-1539.

Hernández, H. E. R. (2013). La prisión. Reseña histórica y conceptual. *Ciencia jurídica*, 1(2), 11-28.

Hopkin, G., Evans-Lacko, S., Forrester, A., Shaw, J., & Thornicroft, G. (2018). Interventions at the transition from prison to the community for prisoners with mental illness: a systematic review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health*

Services Research, 45(4), 623-634.

- López, V. G. (2019). Programas específicos de tratamiento en las prisiones españolas: control de la agresión sexual, atención integral a enfermos mentales y unidades terapéuticas y educativas. *Revista de Estudios Socioeducativos. ReSed*, (7), 184-200.
- López, M., Saavedra, F. J., López, A., & Laviana, M. (2016). Prevalencia de problemas de salud mental en varones que cumplen condena en centros penitenciarios de Andalucía (España). *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 18(3), 76-84.
- Marín-Basallote, N., & Navarro-Repiso, C. (2012). Estudio de la prevalencia de trastorno mental grave (TMG) en los centros penitenciarios de Puerto I, II y III del Puerto de Santa María (Cádiz): nuevas estrategias en la asistencia psiquiátrica en las prisiones. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 14(3), 80-85.
- Martínez, L. C. (2007). Conceptos de enfermedad y trastorno mental. Clasificación. Trastornos clínicos y de la personalidad. Problemas psicosociales. Bases etiopatogénicas de los trastornos mentales. *Medicine: programa de formación médica continuada acreditado*, 9(84), 5389-5395.
- McKenna, B., Skipworth, J., Tapsell, R., Madell, D., Pillai, K., Simpson, A., ... & Rouse, P. (2015). A prison mental health in-reach model informed by assertive community treatment principles: Evaluation of its impact on planning during the pre-release period, community mental health service engagement and reoffending. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 25(5), 429-439.
- McKenna, B., Skipworth, J., Tapsell, R., Pillai, K., Madell, D., Simpson, A., ... & Rouse, P. (2018). Impact of an assertive community treatment model of care on the treatment of prisoners with a serious mental illness. *Australasian Psychiatry*, 26(3), 285-289.
- Ministerio del interior. Dirección general de instituciones penitenciarias (2007). Programa marco para la atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios. Madrid. Recuperado de www.consaludmental.org
- Ministerio del interior. Secretaría general de instituciones penitenciarias (2014). El sistema penitenciario español. Madrid. Recuperado de <http://www.prisionesformacion.com>

- Navarro, C. M. G., & Sánchez, V. M. (2018). Fines y Funciones de las instituciones penitenciarias: revisión y crítica de la teoría y praxis de la intervención educativa y social con los delincuentes. *La Razón histórica: revista hispanoamericana de historia de las ideas políticas y sociales*, (38), 72-97.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Informe sobre salud mental en el mundo 2001: Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.1-169. Recuperado de <http://www.who.int>
- Pérez-Sánchez, B., Fernández-Suarez, A., Bringas-Molleda, C., & Rodríguez-Díaz, F.J. (2014). Prevalencia de los trastornos de personalidad de acuerdo con los criterios del CIE-10. Estudio en una muestra penitenciaria. *Revista de psicología* 4 (7), 7-21.
- Pulido-Criollo, F., Rodríguez-Landa, J. F., & Colorado-Martínez, M. P. (2009). Factores sociodemográficos asociados con los síntomas depresivos en una muestra de mujeres recluidas en dos prisiones de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26 (3), 209-215.
- Purriños, M. J. (2013). Escala de Hamilton-Hamilton depression rating scale (HDRS). *Serv. Epidemiol*, 2, 1-4.
- Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario (1996) núm 40, de 15 de febrero de 1996, 5380-5435 <https://boe.es/eli/es/rd/1996/02/09/190>
- Rodríguez, R. M. R. (2017). Discapacidad psíquica y riesgo de exclusión social. Las personas con enfermedad mental en centros penitenciarios. *Castilla*, 1(29), 1-690.
- Sanchez, R. O., & Ledesma, R. D. (2009). Análisis psicométrico del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) en población clínica. *Revista argentina de clínica psicológica*, 18(3), 265-274.
- Sanz, J., Gómez-Pintado, P., Ruiz, A., Pozuelo, F., & Arroyo, J. M. (2014). Programa de Atención Integral al Enfermo Mental en las prisiones españolas (PAIEM): valoración tras cuatro años de funcionamiento. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 16(3), 91-102.

- Sepehrmanesh, Z., Ahmadvand, A., Akasheh, G., & Saei, R. (2014). Prevalence of psychiatric disorders and related factors in male prisoners. *Iranian Red crescent medical journal*, 16(1).
- Thomas-McLellan, A., Cacciola, J. C., Alterman, A. I., Rikoon, S. H., & Carise, D. (2006). The Addiction Severity Index at 25: origins, contributions and transitions. *American Journal on Addictions*, 15 (2), 113-124.
- Vicens, E., Tort, V., Dueñas, R.M., Muro, Á., Pérez-Arnau, F., Arroyo, J.M.,...Sarda, P. (2011). Informe prevalencia de trastornos mentales en centros penitenciarios españoles. Barcelona. Recuperado el 21 de noviembre de 2021 de, <http://derechopenitenciario.com/comun/fichero.asp>.
- Villagrà-Lanza, P, González-Menéndez, A., Fernández-García, P., Casares M.J., Martín-Martín, J.L. & Rodríguez-Lamelas, F. (2011). Perfil adictivo, delictivo y psicopatológico de una muestra de mujeres en prisión. *Addicciones*, 23(3), 219-226.
- Witusik, A., & Pietras, T. (2019). Music therapy as a complementary form of therapy for mental disorders. *Polski Mercuriusz Lekarski: Organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*, 47(282), 240-243.
- Zabala-Baños, M. C. (2016). Prevalencia de trastornos mentales en prisión: análisis de la relación con delitos y reincidencia. Madrid, España. Recuperado de <http://interior.gob.es>
- Zabala-Baños, M. C., Segura, A., Maestre-Miquel, C., Martínez-Lorca, M., Rodríguez-Martín, B., Romero, D., & Rodríguez, M. (2016). Prevalencia de trastorno mental y factores de riesgo asociados en tres prisiones de España. *Revista española de sanidad penitenciaria*, 18(1), 13-23.

8. ANEXO

Anexo I

Programa de atención integral a enfermos mentales (PAIEM)

DETECCION DE POSIBLE ENFERMEDAD MENTAL

Si detecta que algún interno tiene alguna de las características que figuran a continuación se ruega lo ponga en conocimiento del equipo sanitario.

- ✓ Manifestar que percibe o escucha cosas que los demás no son capaces de experimentar ("voces que le hablan").
- ✓ Un sentido de si mismo exageradamente engrandecido ("creer tener habilidades especiales" o "haber hecho grandes descubrimientos", etc.).
- ✓ Lenguaje incoherente o disgregado o escasamente comprensible.
- ✓ Manifestar conductas extrañas, sin sentido o desorganizadas.
- ✓ Apariencia extraña, mímica y contacto interpersonal fuera de la normalidad, por ausencia o por exceso.
- ✓ Elevada impulsividad, apenas puede estar quieto, se enfada, amenaza o se irrita con enorme facilidad. No se adapta a la vida de los módulos.
- ✓ Grave deterioro en el cuidado personal: aseo y celda.
- ✓ Haber cumplido una medida de seguridad en Centro Especial.
- ✓ Historial de tratamiento psiquiátrico o de ingresos en unidades psiquiátricas de hospitalización.
- ✓ Informes de fuentes externas o familiares que revelen tratamiento psiquiátrico más o menos prolongado en el tiempo.
- ✓ Recibir prestación económica o algún tipo de pensión por tener reconocida algún tipo de minusvalía psíquica.