



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Una mirada a un problema no resuelto: la Salud Mental en prisión

Autora:

Helena Lolumo Peiro

Director:

Daniel Jiménez Franco

Universidad de Zaragoza, Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo
2020-2021

RESUMEN:

Actualmente, las consecuencias de la pena de privación de libertad están latentes en los centros penitenciarios. Las personas condenadas a cumplir esta pena son una población de riesgo, ya que la privación de libertad tiene un factor patógeno desde el momento en que se entra en prisión. Esta población, a menudo olvidada por la sociedad, cumple condena en una institución de castigo que desvincula al interno con su contexto y en la que se ejercen relaciones de poder que no fomentan la futura reinserción del interno en la sociedad.

PALABRAS CLAVE:

Salud Mental, Interno, Privación de Libertad, Centro Penitenciario, Reinserción...

ABSTRACT:

Nowadays, the consequences of the sentence of deprivation of liberty are latent in prisons. People sentenced to serve this sentence are a population at risk, since deprivation of liberty has a pathological factor from the moment they enter prison. This population, often forgotten by society, is serving a sentence in a punishment institution in which the inmate is not dissociated from his context and power relations are exercised that do not promote the future reintegration of the inmate into society.

KEY WORDS:

Mental Health, Internal, Deprivation of Liberty, Penitentiary Center, Reintegration ...

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. METODOLOGÍA	6
3. MARCO TEÓRICO: SALUD MENTAL, TRASTORNO MENTAL Y PRIVACIÓN DE LIBERTAD.....	7
4. ESTADO DE LA CUESTIÓN.....	9
4.1 SISTEMA PENITENCIARIO ESPAÑOL.....	9
4.2 LA ENFERMEDAD MENTAL ANTE EL CÓDIGO PENAL ESPAÑOL.....	10
4.3 LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN EL ÁMBITO PENAL-PENITENCIARIO ..	13
4.4 INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL EN EL ÁMBITO PENITENCIARIO Y RIESGOS QUE EXISTEN	15
4.5 ASPECTOS ÉTICO- LEGALES DEL TRABAJO SOCIAL Y LA SALUD MENTAL EN PRISIÓN ...	17
5. PROBLEMÁTICA ACTUAL, PANDEMIA COVID- 19 Y SU IMPACTO EN LA POBLACIÓN RECLUSA.....	23
6. TRABAJO DE CAMPO. UNA MIRADA DESDE LA ABOGACÍA.....	25
• Incidencias	25
7. CONCLUSIONES	30
8. BIBLIOGRAFÍA	32
9. ANEXOS.....	35
ANEXO I.SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN Y CONSENTIMIENTO FIRMADO	35
ANEXO II. ENTREVISTA.....	36

1. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas se ha producido un incremento de las enfermedades mentales a nivel mundial. Estas enfermedades influyen de manera negativa sobre la calidad de vida de las personas, teniendo un importante impacto en los aspectos psicosociales. El protagonismo de las enfermedades mentales está creciendo en la actualidad, tanto por sus efectos sobre la salud como sobre la sociedad y la economía.

Este aumento de personas con trastornos mentales no sólo tiene lugar en la población general. También es una realidad en una población muy específica como lo es la población reclusa, donde, en los últimos años, hay evidencias que ponen de manifiesto la alta prevalencia de personas con trastorno mental. Estudios realizados en todo el mundo revelan que nueve de cada diez internos presentan algún tipo de alteración en su salud mental, oscilando las tasas entre un 2%-4% en trastornos como la esquizofrenia, un 10%-12% en el trastorno depresivo y un 50%-75% en los trastornos de personalidad (Vicens-Pons et al., 2009).

La realización de este trabajo responde al interés acerca de la intervención llevada a cabo en las instituciones penitenciarias con personas que padecen un diagnóstico de trastorno mental grave, siendo además de gran interés el saber cómo la pandemia ha afectado a la población reclusa, y qué impacto tuvieron las medidas tomadas dentro de las prisiones en el ámbito penitenciario. El ámbito penal-penitenciario abarca una problemática muy extensa. Aunque la prisión como institución punitiva ha evolucionado desde sus orígenes aún queda mucho camino que recorrer para que llegue a transformarse en una institución en la que se reinserte a los internos en vez de castigarles. Así mismo sigue siendo un lugar que no se trata en temas de actualidad, las prisiones tienen un ambiente de silencio en el que todos aquellos hechos que sucedan dentro no trascienden hacia fuera para ser denunciadas. Es por ello que he querido conocer con más profundidad cuál es la situación en los dos centros penitenciarios de la provincia de Zaragoza, ubicados en Daroca y Zuera.

El objetivo principal del trabajo es conocer la situación de las personas que padecen un diagnóstico de trastorno mental grave bajo medidas de privación de libertad en los centros penitenciarios mencionados.

Este objetivo principal incluye, a su vez:

- Conocer qué es la salud mental y su evolución histórica en relación con el sistema penitenciario.
- Analizar la cuestión de los derechos humanos en el ámbito penal- penitenciario.
- Conocer la situación de los internos en los Centros Penitenciarios, en concreto en los Centros Penitenciarios de Zuera y Daroca
- Explorar las diferentes leyes que amparan a personas internas con un diagnóstico de trastorno mental grave.
- Conocer la metodología de intervención de los distintos profesionales desde los centros penitenciarios.
- Conocer cuáles han sido las consecuencias de la pandemia en los Centros Penitenciarios.

La estructura del trabajo, que se corresponde con el trayecto recorrido a lo largo del estudio, queda como sigue: un 2º capítulo en el que se incluye la metodología empleada para la realización de la investigación. El 3º capítulo se dedica a un breve marco teórico en base a las definiciones y trayectoria de las mismas del término “Salud Mental”, “Trastorno Mental” y “Privación de Libertad”. El 4º capítulo se dedica al “Estado de la Cuestión” haciendo referencia al marco legislativo, al interno con diagnóstico de trastorno mental grave, y a los aspectos ético legales dentro de la institución penitenciaria. En el 5º capítulo se darán conclusiones parciales y se desarrollará el tema de actualidad y su problemática haciendo referencia al COVID-19 y su repercusión en las prisiones. El 6º capítulo se dedicará al trabajo de campo desde una visión de la abogacía de las prisiones de Zuera y Daroca, en la que se explicará la metodología empleada, junto con el análisis de la información obtenida, y las incidencias que haya podido haber a lo largo de la investigación. El 7º capítulo presenta las conclusiones obtenidas mediante la realización del mismo, así como algunas propuestas de mejora. Se finalizará el trabajo adjuntando la bibliografía empleada, y los anexos que contendrán información en referencia a las entrevistas realizadas.

2. METODOLOGÍA

Para plantear el marco metodológico he tomado como referencia la revisión del libro de Macionis y Plummer llamado "Sociología". En él se habla acerca de la investigación sociológica. Definen la investigación sociológica como "toda observación vista desde una perspectiva sociológica y que incluye cuestiones sociológicas" (Macionis & Plummer, 2012). De la investigación sociológica subyacen tres ideas clave para tener en cuenta para su desarrollo las cuestiones teóricas, las técnicas y las éticas, políticas y prudentes, expuestas a continuación:

- Cuestiones teóricas/epistemológicas "acerca del tipo de verdad que estamos intentando conocer" (Macionis & Plummer, 2012), en esta investigación que se va a llevar a cabo sería el objetivo principal, es decir, conocer la situación de las personas afectadas por medidas privativas de libertad en los centros penitenciarios de Zuera y Daroca.
- Cuestiones técnicas "acerca de las herramientas utilizadas y de cómo emplearlas para la obtención de la información necesaria" (Macionis & Plummer, 2012). En este caso las herramientas empleadas van a ser entrevistas en profundidad y revisión de fuentes bibliográficas.
- Cuestiones éticas, políticas y prudentes "acerca de la finalidad de llevar a cabo la investigación y considerar el alcance de las consecuencias de la misma" (Macionis & Plummer, 2012).

La investigación llevada a cabo es una investigación de tipo cualitativa, en la cual la técnica de recogida de información se ha basado en dos tipos de fuentes:

- Primarias, a través de dos contactos facilitados por mi tutor, se han realizado dos entrevistas en profundidad a abogados expertos en materia penal-penitenciaria, (entrevistas realizadas en sus respectivos despachos, de una hora de duración). Previamente a las entrevistas se les informó a los entrevistados que iban a ser grabados, para su posterior análisis. Ambos firmaron un consentimiento, adjuntado en el ANEXO I. El guion de ambas entrevistas fue semiestructurado, el formato de la misma se adjunta en el ANEXO II. Las entrevistas realizadas han sido de gran importancia, puesto que debido a la situación del COVID-19, ha sido imposible acceder a los centros penitenciarios, no obstante todos los inconvenientes para realizar la investigación se detallarán más adelante en el análisis del estudio de caso, en el apartado de incidencias.
- Secundarias, este tipo de fuentes han sido utilizadas para poder plantear el marco teórico y el estado de la cuestión, a través de la revisión bibliográfica de estudios clínicos, estudios socio-jurídicos, textos legales, estadísticas, etc.

3. MARCO TEÓRICO: SALUD MENTAL, TRASTORNO MENTAL Y PRIVACIÓN DE LIBERTAD

3.1. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE SALUD MENTAL

El concepto de salud mental, así como los métodos de intervención, han ido evolucionando a lo largo de la historia partiendo en la prehistoria de una concepción sobrenatural y mágica, hasta una concepción basada hoy en día en la ciencia.

Sánchez (2013) plantea un recorrido histórico del concepto de enfermedad mental partiendo del sentido tanto mágico como religioso de la enfermedad mental en la Prehistoria, asociándola a un tratamiento animista y religioso.

Durante la Edad Media las personas con problemas de salud mental eran consideradas como seres poseídos, basándose entonces en un modelo extra natural sobre la enfermedad. Es a lo largo de este periodo de la historia donde comienza a haber referencias acerca de la creación de centros para la atención a personas con enfermedad mental. A pesar de la presencia de la Inquisición y la concepción de la enfermedad mental como una posesión demoníaca, es en este periodo del Renacimiento donde comienza a verse una corriente científica junto con una visión humanística del tratamiento. A través de un modelo hospitalario se equiparaba a las personas con enfermedad mental con los insensatos, pobres o desocupados, por lo que estos establecimientos no tenían fines sanitarios si no jurídicos y administrativos.

En los siglos XVIII y XIX, en la Edad Moderna, comienza en Francia la psiquiatría científica pionera de cambios en la visión de las personas con enfermedad mental, considerando a éstas como personas merecedoras de un tratamiento médico. No obstante cabe destacar que pese a esta nueva visión la enfermedad mental seguía estando asociada a la vergüenza social, lo extraño y la exclusión.

Es durante el siglo XIX cuando aparecen autores que consideran el tratamiento como la mejor intervención. En España los manicomios benéficos se asignaron al estado por la ley de la beneficencia del 30 de junio de 1849.

En el siglo XX, el desarrollo de la psiquiatría extiende un modelo científico y humanista de la enfermedad mental, que plantea clasificaciones internacionales de las enfermedades mentales, y, por ende, la creación de diferentes psicoterapias y de la psicofarmacología.

3.2. DEFINICIONES CONTEMPORÁNEAS DE TRASTORNO MENTAL Y SALUD MENTAL

En la actualidad la salud mental se engloba dentro del concepto de la Salud. Según la OMS el concepto de salud “ es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2001, P.3).

Existen determinantes biológicos y psicológicos que influyen en la salud mental, si bien la OMS(2001) pone de manifiesto la importancia de los determinantes sociales y señalan la importancia de los factores socioeconómicos.

Uno de los dos grandes sistemas internacionales de clasificación de un trastorno mental en la actualidad es el” Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales “(DSM) en el que se refiere al trastorno mental como un “síndrome o patrón comportamental o psicológico, de significación clínica que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad, o a un riesgo significativamente aumentado de morir o sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad y no debe ser una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular”. (DSM- IV TR, 2002, p 29).

3.3. LAS REGLAS MÍNIMAS DE NACIONES UNIDAS PARA EL TRATAMIENTO DE LOS RECLUSOS

La Asamblea General de Naciones Unidas aprobó el 17 de diciembre de 2015 una Resolución que establece unas Reglas Mínimas de Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos. Son las llamadas “Reglas Nelson Mandela” que aunque no son vinculantes (que no obligan a los Estados a su cumplimiento), se les supone un alto rango de influencia en la toma de conciencia y en la perspectiva con que se crean actitudes y se despliegan normas y servicios en todo el mundo. Se trata de un conjunto de 122 reglas que revisan e incorporan nuevos conceptos a las antiguas normas de Naciones Unidas sobre esta materia.

En ellas se concede gran importancia a la protección de las garantías básicas de las personas privadas de libertad, por ser uno de los grupos más vulnerables y en riesgo de sufrir abusos y malos tratos.

Como se detalla en la regla nº 24 se insta a la prestación de servicios médicos a las personas privadas de libertad como una responsabilidad del Estado que debe gozar de los mismos estándares de atención sanitaria que estén disponibles en la comunidad exterior.

En las reglas nº 25 y nº 26 se ordena que la atención sanitaria deberá ser llevada a cabo por un equipo de carácter interdisciplinar y que actúe con plena independencia clínica; se incluye la obligación de llevar adelante un historial médico correcto, actualizado y confidencial que debe estar siempre a disponibilidad de la persona.

La regla nº 27 establece que solo podrán tomar decisiones médicas los profesionales de la salud competentes, y que el personal penitenciario no sanitario no podrá desestimar ni desoír esas decisiones; se prescribe además que toda decisión de permitir que un niño o niña permanezca con su madre o padre en el establecimiento penitenciario se basará en su interés superior.

La regla nº30 alienta a los establecimientos penitenciarios a utilizar la prevención de conflictos, la mediación o cualquier mecanismo alternativo de solución de controversias para evitar faltas disciplinarias y evitar conflictos. Y añade que, en el marco de la entrevista que un profesional de la salud debe mantener cuando una persona ingresa a un establecimiento penitenciario –y también durante su estadía en ésta– no debe limitarse a las enfermedades o los malos tratos físicos que pueda haber recibido sino que también debe tomar nota de “todo indicio de estrés psicológico o de otra índole causado por la reclusión”.

La regla nº 32 incorpora el respeto a la autonomía de los reclusos en lo que respecta a su propia salud, y se incluye el consentimiento fundamentado como base de la relación entre médico y paciente.

La regla nº 34 ordena que todo profesional de la salud que detecte algún indicio de tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, debe documentarlo y denunciarlo.

De forma muy especial, debo destacar la regla nº 109, que se sostiene que “no deben permanecer en prisión las personas a las que no se considere penalmente responsables o a quienes se diagnostique una discapacidad o enfermedad mental grave, cuyo estado pudiera agravarse en prisión, y se procurará el traslado de esa persona a centros de salud mental lo antes posible”. También alienta, cuando sea necesario, al tratamiento en centros especializados de otros reclusos con discapacidades o enfermedades mentales, todo ello sin perjuicio del tratamiento psiquiátrico que debe dispensarse a todos los demás internos que lo necesiten”.

El contenido de las reglas nº 24, 25, 26, 27, 30, 32, 34 y 109 se toma en adelante como referencia del estudio.

4. ESTADO DE LA CUESTIÓN

4.1 SISTEMA PENITENCIARIO ESPAÑOL

El sistema penitenciario ha experimentado una evolución que ha desembocado en un nuevo concepto y finalidad. En el siglo XVIII surge la prisión como lugar de cumplimiento de condena, comienza a darse una visión filantrópica en la que surgen autores considerados como los precursores del penitenciarismo y abogan trato digno a los presos. No obstante, en España, hasta la segunda mitad del SXIX y comienzos del siglo XX no se produce un cambio en la situación penitenciaria. Se propone entonces una reforma tanto en la finalidad como en la estructura de la prisión, esto conlleva cambios como la reducción casi al mínimo de la prisión preventiva, la incorporación de un cuerpo facultativo en prisión, etc.

Todos estos cambios van sentando las bases de lo que sería hoy nuestro actual sistema penitenciario, no obstante, el gran cambio se produjo con la aprobación de la Constitución Española de 1978, que supuso cambios tanto en el tratamiento de los internos como en la legislación penal vigente.

Por otro lado también se pone en marcha la Ley Orgánica General Penitenciaria de septiembre de 1979, y en su preámbulo se pone de manifiesto la función resocializadora de la pena, considerando así al penado como un miembro activo que sigue formando parte de la sociedad.

Por lo tanto la prisión es una institución que tiene, en el ordenamiento jurídico actual, dos funciones básicas: ser centro custodio para el cumplimiento de la pena privativa de libertad y dotar de servicios de tratamiento y rehabilitación con el objetivo de favorecer la reinserción social en la sociedad. (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad- CERMI, 2008).

El “marco jurídico español” según la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (2014) está constituido por:

- *El artículo 25.2 de la Constitución Española de 1978* que establece que “las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social y no podrán consistir en trabajos forzados. El condenado a pena de prisión que estuviere cumpliendo la misma gozará de los derechos fundamentales a excepción de los que se vean expresamente limitados por el contenido del fallo condenatorio, el sentido de la pena y la ley penitenciaria. En todo caso, tendrá derecho a un trabajo remunerado y a los beneficios de la seguridad social, así como al acceso a la cultura y al desarrollo integral de su personalidad”.
- *La LOGP aprobada por la Ley Orgánica 1/1979* en la que se enfatiza la mejora de las condiciones de vida de los internos y la función resocializadora de la pena para prepararle y facilitarle su vuelta a la sociedad cuando ésta se produzca. Así en su Art. 1 del preámbulo establece que “Las instituciones penitenciarias reguladas en la presente Ley tienen como fin primordial la reeducación y la reinserción social de los sentenciados a penas y medidas penales privativas de libertad, así como la retención y custodia de

detenidos, presos y penados. Igualmente tienen a su cargo una labor asistencial y de ayuda para internos y liberados.” El Art. 3 del preámbulo dice que “La actividad penitenciaria se ejercerá respetando, en todo caso, la personalidad humana de los reclusos y los derechos e intereses jurídicos de los mismos no afectados por la condena, sin establecerse diferencia alguna por razón de raza, opiniones políticas, creencias religiosas, condición social o cualesquiera otra circunstancias de análoga naturaleza.”.

El Art. 26 recoge el derecho al trabajo y sus condiciones: “El trabajo será considerado como un derecho y como un deber del interno, siendo un elemento fundamental del tratamiento”. Este trabajo tendrá carácter formativo, será facilitado por la administración y le preparará para las condiciones normales del trabajo en libertad.”

Por último, en el Art. 55 se definen los principios con relación a la educación y formación del preso ajustándose a la legislación vigente en materia de educación y formación profesional.

- *En el Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, se aprueba el Reglamento Penitenciario, que se desarrolla la Ley Orgánica General Penitenciaria para el cumplimiento de estos fines y la adecuada organización y funcionamiento de las prisiones españolas en pos del modelo de reinserción social establecido en la constitución.*
- *El Real Decreto 515/2005, de 6 de mayo, modificado por Real Decreto 1849/2009, desarrolla las circunstancias de ejecución de penas de Trabajos en Beneficio de la Comunidad y de localización permanente, de determinadas medidas de seguridad, así como de la suspensión de penas privativas de libertad.*

Todas estas disposiciones contienen el marco normativo que regula la actuación del sistema penitenciario que se desarrolla y se adecua a través de toda la jurisprudencia penitenciaria y las instrucciones de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.

4.2 LA ENFERMEDAD MENTAL ANTE EL CÓDIGO PENAL ESPAÑOL

El Código Penal está recogido en la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre. En él se definen los delitos y la pena criminal, entendiéndose ésta como las faltas que constituyen los presupuestos de la aplicación de la forma que puede revestir el poder del Estado.

Según Torrente (2001, p 74 y 75) “la delincuencia como fenómeno y el delito como manifestación son el resultado de una construcción social”, la percepción del suceso como delito depende de variables muy diferentes como el contexto de la situación, la relación que existe con la víctima, la clase social del acusado, la ética de la persona que le vaya a juzgar, etc.

El Código Penal, en cuanto a la regulación de la enfermedad mental, recoge las sanciones y medidas que pueden ser aplicadas a la persona con enfermedad mental, el lugar del cumplimiento de dichas medidas o el grado de responsabilidad.

El capítulo II del Código Penal detalla las causas que eximen de la responsabilidad criminal. En el Art. 20 se recoge que se encuentran exentos de responsabilidad criminal:

1º. “El que al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión. El trastorno mental transitorio no eximirá de pena cuando hubiese sido provocado por el sujeto con el propósito de cometer el delito o hubiera previsto o debido prever su comisión”.

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

Por otro lado, según el Art. 60 del Código, se considera una persona exenta de responsabilidad “cuando después de pronunciada sentencia firme, se aprecie en el penado una situación duradera de trastorno mental grave que le impida conocer el sentido de la pena, el Juez de Vigilancia Penitenciaria suspenderá la ejecución de la pena privativa de libertad, garantizando que reciba asistencia médica precisa, para lo cual podrá decretar la imposición de una medida de seguridad privativa de libertad de las previstas en este Código Penal que no podrá ser, en ningún caso, más gravosa que la pena sustituida”.

El problema que se les presenta a jueces y juezas ante la comisión de un delito por parte de una persona que puede padecer una enfermedad mental consiste en decidir si dicha persona estaba suficientemente desligada de la realidad en el momento de cometer el delito. Una vez se haya decidido si imputar el delito o tratar la enfermedad mental y no responsabilizar a la persona que la padece, el sistema penal español ofrece medidas alternativas a la pena de prisión en caso de que se declare a la persona inimputable debido a su diagnóstico.

En el Art. 96 se detalla cuáles son las medidas de seguridad alternativas que se imponen, tanto las privativas de libertad como las no privativas. Se considera medidas privativas de libertad el internamiento en centro psiquiátrico, el internamiento en un centro de deshabitación y el internamiento en un centro educativo especial. Por su parte, las medidas no privativas de libertad son: la inhabilitación profesional, la expulsión del territorio nacional de los extranjeros que no residan legalmente en España, la libertad vigilada, la custodia familiar, la privación del derecho a conducir vehículos y la privación del derecho a la tendencia y/o porte de armas.

De este modo y según el Art.101, al sujeto que sea declarado inimputable conforme al número 1º. del artículo 20, se le podrá aplicar si fuera necesaria la medida de internamiento para tratamiento médico y/o educación especial en un establecimiento adecuado.

Por último, el Art. 104 explica que, en los supuestos de que se exculpe en relación con los números 1.º, 2.º y 3.º del Art.20, el Juez o Tribunal podrá imponer, además de la pena correspondiente, las medidas previstas en los Art. 102, 102 y 103. No obstante la medida de internamiento sólo será aplicable cuando la pena impuesta sea de tipo privativa de libertad y la duración de esta no podrá exceder la pena prevista por el Código Penal para dicho delito.

La figura del enfermo mental en prisión en España ha sido contemplada en los Códigos Penales de 1848, 1850 y 1870 como “el imbecil y el loco”, pasando los de 1928 y 1932 a destacar la figura del “enajenado” asociándolo con las medidas de seguridad, como formas de proteger a una sociedad que no le considera voluntariamente culpable pero si socialmente peligroso. (Fundación Abogacía española 2012). Como se ha reflejado anteriormente la normativa

penitenciaria española hace suyas las recomendaciones, normas, reglas y acuerdos internacionales. Específicamente en materia de salud mental:

- *La Constitución Española de 1978* en su artículo 25.2 (referido anteriormente) y en los artículos 43 y 49 contempla la protección de la salud y la aplicación de políticas de prevención, tratamiento, rehabilitación e integración de las personas con discapacidad mediante la atención especializada que requieran.
- *La Ley orgánica 10/1995 de 23 de noviembre del Código Penal* establece la actuación con las personas con trastorno mental y discapacidad en los siguientes artículos: en su Art. 20 contempla la exención de la responsabilidad criminal y por tanto la aplicación de las medidas de seguridad, si en el momento de la comisión del delito, la persona no puede comprender la ilicitud del hecho a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica o tener gravemente alterada la conciencia de la realidad por sufrir alteraciones en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia. En el Art. 21 se establecen las circunstancias atenuantes el caso en que en las causas expresadas en el capítulo anterior no concurrieran todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad en los respectivos casos. En los Art. 102 y 103 se establece que a las personas exentas de responsabilidad penal se les aplicará, si fuera necesario, una medida de internamiento en un centro de deshabitación público o privado, acreditado u homologado, o el internamiento en un centro educativo especial. Esta medida no podrá exceder el tiempo de cumplimiento de la pena y la persona no podrá abandonar el establecimiento sin autorización del juez o tribunal sentenciador.
- *La LOGP* (referida anteriormente) establece en el Art. 10, la permanencia para los penados considerados como peligrosos extremos o para casos de inadaptación a los regímenes ordinarios y abiertos, apreciados por causas objetivas en resolución motivada, siendo su permanencia en los mismos el tiempo necesario hasta que desaparezcan o disminuyan las razones o circunstancias que determinaron su ingreso. En el Art. 16 se establece que aquellos que presenten enfermedad física o mental podrán estar separados de aquellos que pueden seguir el régimen normal del establecimiento. En el Art. 36 se establece que en cada centro existirá al menos un médico general con conocimientos psiquiátricos para velar por la salud mental de los internos y podrán ser asistidos en las instituciones hospitalarias y asistenciales de carácter penitenciario y en caso de necesidad o de urgencia en otros centros hospitalarios.
- *El RD 190/1996 de 9 de febrero* (referido anteriormente) establece en su Art. 62 la colaboración de entidades del tercer sector dedicadas a la asistencia y atención de personas en el medio penitenciario, previa solicitud y aprobación por el centro directivo. En el Art. 117 establece la salida regular a una institución exterior para el desarrollo de un programa concreto de atención especializada, siempre que éste sea necesario para su evolución y reinserción social. Esta medida es aplicada a internos clasificados en segundo grado con perfil de baja peligrosidad y sin riesgo de quebrantamiento de condena. De los Art. 183 a 191 establece el internamiento en unidades psiquiátricas penitenciarias o establecimientos penitenciarios en los

siguientes casos: (a) internos con patología psiquiátrica, cuando la autoridad judicial decida su ingreso para observación, de acuerdo con lo establecido en la Ley de Enjuiciamiento Criminal, durante el tiempo que requiera la misma y la emisión del oportuno informe; (b) personas a las que se les haya aplicado una medida de seguridad de internamiento en centro psiquiátrico penitenciario; y (c) penados a los que, por enfermedad mental sobrevenida, se les haya impuesto una medida de seguridad por el tribunal sentenciador en aplicación de lo dispuesto en el Código Penal y en la Ley de Enjuiciamiento Criminal que deba ser cumplida en un establecimiento o unidad psiquiátrica penitenciaria. La atención a estos internos será llevada a cabo por un equipo multidisciplinar especializado compuesto por psiquiatras, médicos generales, psicólogos, enfermeros y trabajadores sociales, tal como establece el Art. 185.

- *El RD 515/2005, de 6 de mayo,* (referido anteriormente) *modificado por RD1849/2009,* desarrolla las circunstancias de ejecución de penas de trabajos en beneficio de la comunidad y de localización permanente, de determinadas medidas de seguridad, así como de la suspensión de penas privativas de libertad.
- En materia de sanidad la *Ley 16/2003 de 28 de mayo,* de cohesión y calidad del sistema nacional de salud.

4.3 LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL EN EL ÁMBITO PENAL-PENITENCIARIO

Tanto en las prisiones europeas como en las prisiones españolas un alto porcentaje de personas presas sufre algún tipo de enfermedad mental, no adquirida dentro de prisión y que en su mayoría y están asociadas con problemas de drogodependencia. No obstante existe una dificultad muy grande para determinar con precisión cuál es la población con problemas de salud mental a nivel general debido a la poca cantidad de estudios que han intentado abordar esta realidad.

En cuanto al perfil de las personas con trastorno mental en los centros penitenciarios Arroyo-Cobo (2011) presenta un bajo nivel educativo, con antecedentes de fracaso escolar, sin cualificación profesional y la mayoría no han tenido nunca un empleo estable.

Muchas de ellas han padecido en su infancia abusos, malos tratos y abandonos, con historias de vida difíciles y traumáticas en ambientes desfavorecidos o marginales. Presentan deterioro en sus capacidades funcionales para el desempeño de sus actividades diarias, así como en el desempeño adecuado de sus roles que se traduce en un nivel de dependencia personal y social, vulnerabilidad al estrés, mala salud física, dificultades en las relaciones, vivienda inestable o falta de ésta. Se trata, en su mayoría, de trastornos relacionados con factores sociales.

Este deterioro progresivo, incluso les puede llegar a impedir el disfrute de los mismos derechos y beneficios penitenciarios que el resto de los internos (Castejón, Pallarés & López, 2011). Se estima que el 67,7 % no ha tenido ninguna vinculación con los servicios de salud mental hasta llegar al Centro Penitenciario.

Castejón et al. (2011) señalan que muchos internos con trastornos mentales graves como la psicosis y la esquizofrenia se encuentran en los módulos de enfermería de los centros penitenciarios durante mucho tiempo sin participar en las actividades comunes del centro ni en las específicas de rehabilitación psicosocial, lo que puede desembocar en una nueva forma de “institucionalización psiquiátrica”. Los mismos autores manifiestan que esta situación ha sido denunciada por colectivos sanitarios, sociales, jurídicos, asociaciones de defensa de los derechos humanos, así como por la propia SGIP.

La Unión Europea también pone de manifiesto que la prisión no es el lugar para el tratamiento de las personas con trastornos mentales, siendo necesaria la aplicación de la legislación vigente, utilizar de los servicios y recursos de la red de salud mental comunitaria y ampliar las plazas de recursos sociosanitarios en la comunidad, permitiendo el cumplimiento de la pena en los recursos especializados para cada enfermedad, favoreciendo no solo su recuperación si no también la futura reinserción.

Dentro del marco legislativo, dos artículos del *Reglamento Penitenciario*, (el artículo 108 y el artículo 209) reconocen el derecho de las personas con trastorno mental a acceder y disfrutar de las prestaciones públicas para su salud igual que para el resto de la población. Del mismo modo el artículo 60 del *Código Penal* contempla que la detección de un trastorno mental grave en un centro penitenciario supone la suspensión inmediata de la pena de prisión y su traslado a un recurso especializado de la red de salud mental de la comunidad, para su atención médica y psicosocial. La puesta en práctica de la ley se complica ante la escasez de plazas y recursos en la comunidad para el internamiento psiquiátrico o el cumplimiento de medidas de seguridad, por lo que estas personas cumplen su pena en un centro penitenciario ordinario, o en el mejor de los casos, y si existen plazas cumplen una medida de seguridad en los dos hospitales psiquiátricos penitenciarios, lejos de su familia y de su comunidad, lo que agrava su “desvinculamiento” familiar y social.

En este sentido la *Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud*, establece en su disposición sexta la transferencia de los servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias a las Comunidades Autónomas para su integración en los servicios autonómicos de salud. Esta ley, en vigor desde el 30 de mayo de 2003, debería de haberse aplicado antes del 1 diciembre de 2004, sigue sin aplicarse. Dichas competencias han sido transferidas en Navarra, País Vasco y Cataluña. Ante esta situación sólo los recursos asistenciales de los centros penitenciarios continúan siendo los encargados de atender a los internos en materia de salud mental.

La Institución Penitenciaria facilita la administración farmacológica y la atención especializada del médico psiquiatra, que es diferente según cada centro y cada Comunidad Autónoma, en función de los convenios de colaboración establecidos con las Consejerías de Sanidad.

Así encontramos que existen cuatro modalidades de atención psiquiátrica: (a) el médico psiquiatra, pertenece al cuerpo de facultativos de instituciones penitenciarias. En el caso de la Aragón, el psiquiatra no está fijo en los centros penitenciarios si no que se alterna para visitarlos; (b) el médico psiquiatra es un consultor contratado por el centro penitenciario; (c) el médico psiquiatra pertenece a la red comunitaria de salud mental y como se ha mencionado anteriormente se desplaza al centro penitenciario, según los acuerdos de colaboración; (d)

consultas en los servicios de salud mental de la red comunitaria con custodia por las fuerzas de seguridad del Estado.

Según estudios desarrollados en algunos centros penitenciarios (Arnau-Peiró et al., 2012), existe una gran dificultad de seguimiento de la patología psiquiátrica grave en prisión. Aunque la consulta de psiquiatría es la más elevada, el seguimiento de estos pacientes es escaso e insuficiente, contabilizándose una media de 4 visitas por interno durante el año de seguimiento.

Por otra parte, la Fundación Abogacía Española (2012) pone de manifiesto que el doble estigma de las personas con trastorno mental sometidas a un proceso con la justicia les discrimina a la hora de acceder a tratamientos rehabilitadores fuera de la prisión, ya que primero se les considera como criminales y luego como personas enfermas. Esto es, sobre todo, relevante en los internos sometidos a medidas de seguridad que han sido declarados “no culpables” del delito que han cometido (la sociedad les considera no culpables pero sí “peligrosos”) y agotan todo el tiempo de la medida de seguridad en los hospitales psiquiátricos penitenciarios, los cuales están masificados debido a una derivación de enfermos mentales en proceso judicial que no encajan en el perfil clínico de un enfermo mental que precisa asistencia hospitalaria. Las causas de la masificación de los hospitales psiquiátricos puede deberse a : (a) una falta de coordinación entre las administraciones implicadas judiciales, penales y socio-asistenciales; (b) la estigmatización, que origina la no aceptación en recursos comunitarios de los que podrían beneficiarse; (c) la presión social para que prime la seguridad antes que la rehabilitación del interno; (d) la ausencia de políticas de prevención y control en pacientes crónicos con una red social y familiar de apoyo inexistente o deficitaria, que conlleva que el enfermo empeore en su patología, y presenta comportamientos antisociales que pueden ser graves y conducentes a la comisión de nuevos delitos menores, pero que fomentan el fenómeno de la “puerta giratoria” en estas personas, entrando y saliendo del sistema penitenciario con frecuencia.

4.4 INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL EN EL ÁMBITO PENITENCIARIO Y RIESGOS QUE EXISTEN

Dentro de la problemática de la salud mental en prisión, tanto la atención como el tratamiento socioeducativo y sanitario de las personas presas se convierte en un aspecto fundamental en la intervención penitenciaria.

El tratamiento de salud de los internos en prisión que padecen algún tipo de trastorno mental o patología psiquiátrica se lleva a cabo a través de dos recursos penitenciarios (SGIP, 2019):

- **Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios.** Son centros destinados específicamente a satisfacer tanto las demandas como necesidades de la población penitenciaria que padece trastornos mentales graves. La finalidad principal de este tipo de centros no es otra que tratar a los internos que padecen trastornos mentales desde una perspectiva de pacientes, realizando labores médico-asistenciales. De acuerdo con la SGIP (2019) los recursos ofrecidos en estos centros se adaptan a la condena de los internos imputados, ya que estos son derivados a este tipo de centros por presentar un diagnóstico de salud mental. Actualmente en España existen únicamente dos hospitales

psiquiátricos penitenciarios, uno de ellos ubicado en Alicante (inaugurado en 1984) y otro ubicado en Sevilla (inaugurado en 1990). De este modo, al existir solo dos centros de este tipo en toda España existe una gran limitación a la hora de ofertar las plazas de estos, dando prioridad a causas eximentes completas. El resto de los internos con causas eximentes parciales y/o incompletas son generalmente derivados a las enfermerías de sus correspondientes centros penitenciarios.

Además de los dos hospitales psiquiátricos penitenciarios existen las llamadas “Comunidades Terapéuticas”, que son recursos extra-penitenciarios destinados al tratamiento de personas con adicciones y abuso del consumo de tóxicos, de tal modo que establecen convenios con la Institución Penitenciaria. No obstante, dentro de la prisión también pueden existir estos programas de intervención que pasarían a ser comunidades terapéuticas intra-penitenciarias, espacios para los internos con problemas de salud mental derivados del consumo de tóxicos acuden.

- Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales (PAIEM). Este programa se crea con la necesidad de conseguir garantizar a los internos que padecen trastornos mentales unos cuidados y tratamientos específicos de acuerdo con sus necesidades. El programa tiene como finalidad una actuación integral, educativa, terapéutica y “reinsertadora” de los internos con algún tipo de trastorno mental. Según la SGIP (2019) el programa funciona en todos los centros penitenciarios españoles desde el año 2009, mediante un protocolo de actuación basado en las intervenciones tanto terapéuticas como ocupacionales. Los dos principios fundamentales del programa son (SGIP, 2019):
 - “La detección, diagnóstico y tratamiento médico de las personas con enfermedad mental.”
 - “Un desarrollo de actuaciones dirigidas a su rehabilitación y reinserción en la sociedad, dentro de un marco multidisciplinar.”

Pese a los recursos dispuestos para la administración el problema no parece haber mejorado sustancialmente. Los internos con enfermedades mentales en prisión son más vulnerables ante el sistema penal, ya que su entrada en prisión, conlleva una serie de riesgos que ningún “preso ordinario” experimenta en la misma situación de condena.

Por un lado la falta de unidades psiquiátricas en los centros penitenciarios ordinarios provoca que los internos que padecen enfermedades mentales acaben en módulos de prisión ordinarios sin ningún tipo de tratamiento. Tampoco existe una formación específica para el personal penitenciario: los funcionarios de prisiones no están especializados en cómo tratar a los internos que padecen alguna patología mental y que cumplan unas normas de convivencia. Todo esto refleja que no existe una concienciación suficiente acerca de lo que significa la enfermedad mental en prisión, no se hace una distinción entre un interno ordinario y una persona que debe ser tratada como un paciente debido a su patología psíquica.

Dentro de los centros penitenciarios no hay establecidos protocolos acerca de la modificación de la capacidad de obrar de los internos con enfermedad mental. Esto conlleva a que un trámite judicial en algunos casos crucial para que el interno, debido a su precaria situación económica por ejemplo, no quede en el olvido.

A su vez los programas de tratamiento dentro de la prisión pueden verse como un arma de doble filo. El protocolo mencionado con anterioridad a cerca de dar una atención integral al interno con enfermedad mental (PAIEM) a pesar de que es considerado como un avance muy importante dentro de la prisión en materia de calidad de vida de las personas presas, bastantes jueces lo emplean como herramienta para justificar la entrada en la prisión de una persona condenada con enfermedad mental.

A esto hay que añadir que el comportamiento que un trastorno mental implica (desconexiones con la realidad, falta de higiene, psicosis, paranoias, etc.) puede provocar conflictos entre los internos con enfermedad mental y “los internos ordinarios” . Cuando se generan este tipo de conflictos es muy importante que se observe y se medie para lidiar el conflictos, tarea que concierne a todo el profesional penitenciario, desde funcionarios de prisiones, trabajadores sociales, psicólogo, médico, etc.

Existen dentro de la prisión un elevado riesgo de suicidio puesto que la presencia del trastorno mental grave vinculado al pesimismo y la desesperanza que supone estar en prisión es un factor de riesgo para que se produzcan comportamientos autolíticos. Aunque los protocolos en las Instituciones Penitenciarias para la prevención de riesgos de suicidio son cada vez más exhaustivos, aún queda mucho trabajo por delante.

Los internos con trastornos mentales graves son los internos que más cumplen íntegramente su condena. Esto puede deberse a varios factores como las dificultades para acceder a un tercer grado ya que habitualmente se trata de personas que se encuentran en situación de abandono o desprotección ya que se ha producido una desvinculación total con los familiares, o en caso de estar tutelados, con las instituciones pertinentes. A esto se le suma que existan más conflictos en prisión y se acumulen sanciones que impidan su revisión de condena.

4.5 ASPECTOS ÉTICO- LEGALES DEL TRABAJO SOCIAL Y LA SALUD MENTAL EN PRISIÓN

4.5.1. PRINCIPIOS CLAVE

La asistencia en salud mental en prisión plantea importantes cuestiones éticas y legales, desde una perspectiva ética general, como al respecto del código deontológico profesional. Así pues la asistencia en salud mental dentro de las instituciones penitenciarias está regida por dos principios éticos (Torres y Barrios, 2007): la equidad y el principio de “conservación “de derechos de los internos.

El principio de equidad engloba cuestiones como la de que los internos que padezcan trastornos psíquicos deben tener garantizada una atención médico-sanitaria equivalente a la ofrecida al conjunto de la población, por lo que no deben sufrir ningún tipo de discriminación por razón de la situación jurídica en la que se encuentren. Este principio de equidad se manifiesta dentro de las prestaciones ofrecidas de diferentes maneras. Una de ellas es que los servicios sanitarios de los centros penitenciarios deben organizarse y trabajar conjuntamente con la administración general del Sistema Nacional de Salud, dado que la política sanitaria penitenciaria debe de estar integrada en la política nacional de salud pública.

Por otro lado, la atención en salud mental cubrirá diferentes modalidades asistenciales, igualitarias a las existentes en una sociedad libre, de modo que la atención primaria en salud mental se prestará por el personal de la institución, la atención especializada en el interior de las prisiones se prestará por medios concertados o contratados, y por último, la asistencia hospitalaria se llevará a cabo fuera de prisión, en la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de referencia.

El “conservación” de derechos del paciente recluso se encuentra plasmada en la Constitución Española, quedando así por escrito que todo interno gozará de los derechos fundamentales constitucionalmente reconocidos, a excepción de los que llevan expresamente limitados por el contenido de la condena, el sentido de la pena y /o la ley penitenciaria. Además, los internos podrán ejercitar sus derechos tanto civiles, como políticos, sociales económicos y /o culturales salvo que sean incompatibles con el objeto de su detención.

Cabe destacar que el ejercicio de los derechos en el orden sanitario, en lo que a salud mental se refiere, se aleja del contenido de la ley penitenciaria. De ahí que la perspectiva sanitaria en prisión no debe olvidar su propia función que es la de preservar la salud del paciente. Los derechos en el ámbito de la salud mental de los reclusos deben tener independencia de su condición jurídica, los profesionales tienen que priorizar respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado, y del mismo modo, debe respetar la participación de los mismos en la toma de decisiones que les afecten.

Otro aspecto a tener en cuenta a la hora de tratar ciertos aspectos ético/legales, es la información sobre los derechos a las personas presas. Se las debe informar de cuáles son sus derechos sanitarios que conlleva su condición y los procedimientos ante quién ejercerlos, además de informar cuando el tratamiento que se le va a ser aplicado es voluntario y cuando no. Toda esta información, en caso de que existiese un representante legal del paciente recluso, también tiene que ser facilitada, tanto la información acerca de los derechos del paciente como de las instancias competentes (judiciales como no) ante las cuales puede hacerse valer estos derechos, así como la información sobre los recursos existentes a tal efecto.

4.5.2 MEDIOS COERCITIVOS: AISLAMIENTO Y CONTENCIÓN FÍSICA

Tanto la contención física como el aislamiento son dos medios coercitivos que se aplican en salud mental. El internamiento involuntario y la administración de tratamientos de manera no consentida pueden ser dos ejemplos muy ilustrativos. Dentro del ámbito penitenciario las dos medidas de coerción más empleadas son el aislamiento y la contención física.

- Aislamiento

Existen dos situaciones claramente diferenciadas dentro de esta medida coercitiva, una es el aislamiento terapéutico y otra es el seguimiento sanitario del aislamiento regimental.

1. El aislamiento terapéutico debe ser absolutamente excepcional, como ha reclamado el Consejo de Europa. Son reglas básicas a tener en cuenta las siguientes:

- Su objetivo es la separación del interno del resto de la población reclusa y prevenir o eliminar los comportamientos de riesgo para sí o para terceros. En concreto podrá adoptarse (Circular núm. 3/2004 de Cataluña) en los siguientes casos:
- Si la situación no puede resolverse mediante la desactivación verbal del interno y no existen otras alternativas menos restrictivas.
- Cuando se produzca una grave alteración regimental.
- Por causas estrictamente médicas, derivadas de la patología del interno.
- Por solicitud del interno, siempre que el facultativo lo considere conveniente.

En cualquier caso los profesionales que pueden adoptar esta medida siempre serán o el facultativo responsable del interno o, en su caso, el médico de guardia, con una previa valoración del estado del interno. Podrán hacerlos también los funcionarios de vigilancia con carácter provisional y en supuestos de notoria urgencia, dando inmediato traslado -a través del Jefe de Servicios- al facultativo, el cual confirmará la medida o decidirá la inmediata anulación de la misma.

Se requiere asimismo supervisión médica y un seguimiento regular, con visita médica al menos cada 8 horas y del personal de enfermería cada 4 horas. Su correspondiente finalización de la medida de aislamiento por razones terapéuticas, será decidida exclusivamente por el personal facultativo.

2. El seguimiento sanitario del aislamiento regimental, es muy diferente al caso anterior. Este aislamiento es por motivos regimentales y ha de tenerse en cuenta varias cuestiones:

- No es ético que un médico penitenciario certifique o participe en la certificación de que un interno “se encuentra en condiciones de recibir cualquier forma de tratamiento o castigo que pueda influir desfavorablemente en su salud física y mental” En este sentido ha de tenerse en cuenta lo dispuesto en el apartado 12 de la Circular 7/1996, de 12 de junio de la DGIP que establece que “no será necesario un informe médico de carácter positivo respecto a la medida a aplicar”, limitándose en este sentido la intervención facultativa a la correspondiente visita diaria y a la elaboración de un informe, en su caso, poniendo de relieve “las razones médicas que impidan la utilización del medio, evacuando informe negativo al respecto”.
- En cada caso de aislamiento por motivos regimentales es absolutamente imprescindible un seguimiento médico independientemente de que se trate de un aislamiento provisional, o cuando se refiera al cumplimiento de una sanción de aislamiento.

- Contención física

El empleo de la contención física por indicación terapéutica, en principio, no tiene respaldo reglamentario alguno salvo en el caso de que es lo que decidan las instituciones psiquiátricas penitenciarias (establecimientos y unidades psiquiátricas penitenciarias). Sin embargo, dicho empleo tiene el directo respaldo que le proporciona la legislación sanitaria general, se refiere a la intervención clínica “indispensable”, sin necesidad de contar con el consentimiento del paciente, cuando exista un riesgo inmediato grave para su integridad o la de otros. En caso de

que así fuera el empleo de contención física por razones terapéuticas debe respetar los siguientes principios:

- Respeto a la dignidad personal. A pesar de que el empleo de la contención física es probablemente la intervención más intensa en la limitación de la libertad personal, dicha intervención deberá hacerse respetando la dignidad del interno.
- Justificación por razones terapéuticas. La contención física no debe emplearse más que por razones terapéuticas (según los criterios médicos) como medio para prevenir un inminente daño al interno o a un tercero.
- Principio de congruencia. El empleo de la contención debe ser siempre proporcional a los riesgos existentes. Esto a su vez implica llevar a cabo una evaluación de los beneficios y riesgos concurrentes.
- Principio de temporalidad. No se prolongará más allá del tiempo estrictamente necesario para alcanzar la finalidad terapéutica pretendida. La prolongación de la contención durante períodos prolongados se justificará exclusivamente en casos excepcionales.
- Principio de idoneidad de medios. Sólo puede producirse en lugares apropiados con una adecuada formación del personal. Esta condición es absolutamente imprescindible al respecto.
- Principio de cuidado. La aplicación de la contención debe llevarse a cabo bajo supervisión médica, debiendo beneficiarse el paciente de un seguimiento (médico y enfermero) regular. Para ello deben establecerse una serie de criterios de cuidado del paciente.

4.5.3. TRABAJO SOCIAL EN PRISIÓN

Llegados a este punto, una vez revisado el marco teórico- práctico de la prisión en el ámbito de la salud mental, considero que el trabajo social debería constituir uno de los principales ejes. El objetivo primordial que deberían perseguir los trabajadores sociales de la prisión en al desarrollar su labor profesional está inmerso en algo que podría llamarse “utópico”, puesto que se trabaja para lograr la transformación de una comunidad penitenciaria basada en una institución de castigo, punitiva y de represiva, en una comunidad terapéutica que contribuya a la reinserción de personas que han perdido su condición de ciudadanos libres y con ello muchos otros derechos de facto. Por tanto, el papel fundamental que esa visión “utópica” atribuye al trabajador social en prisión es tratar de “humanizar” la institución actuando como profesionales del cambio antes que de control.

Además, su labor debe centrarse en sacar a la luz los conflictos sociales y/o personales que sufre el interno para poder situarlo en esta estructura de una forma más real y justa pues el proceso penal se centra en el análisis de la transgresión de la norma jurídica y deja de lado el contexto del interno (la situación económica, familiar y social, etc.).

El trabajador social en prisión trabaja tanto con los internos como con sus familiares. Su función se orienta a la consecución de cambio de un cambio de conductas tanto en el interno como en la medida de lo posible en sus familiares o allegados.

La intervención social en la Administración Penitenciaria se desarrolla a través de los llamados Servicios Sociales Penitenciarios, que se integran en los Equipos Técnicos y en las Juntas de Tratamiento y dirigen sus tareas profesionales a las personas privadas de libertad, incluido el periodo de libertad condicional.

El objetivo de la acción social penitenciaria está recogido en el Art. 227 del *Reglamento Penitenciario (Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero)*. Consiste en intentar paliar las inconveniencias surgidas a los internos y a sus familias como consecuencia de su ingreso en prisión. Contribuyen también al desarrollo integral del recluso durante su estancia en prisión.

El Art. 228 recoge que la Administración Penitenciaria promoverá la coordinación de los servicios sociales penitenciarios con las redes públicas de asistencia social y fomentará el acceso de los penados clasificados en tercer grado y de los liberados condicionales y definitivos y de sus familiares a las rentas de inserción establecidas por las diferentes Comunidades Autónomas, así como a los restantes servicios sociales y prestaciones de las Administraciones Públicas.

Por último, el Art. 229 detalla lo siguiente:

1. “Los servicios sociales penitenciarios asistirán a las personas que ingresen en prisión y elaborarán una ficha social para cada interno, que formará parte de su protocolo personal. “
2. “Los Trabajadores sociales, que prestarán sus servicios en el interior y en el exterior del Centro penitenciario indistintamente, atenderán las solicitudes que les formulen los internos, los liberados condicionales adscritos al Establecimiento y las familias de unos y de otros. “
3. “Los servicios sociales velarán por mantener al día la documentación de los internos que estén afiliados a la Seguridad Social y realizarán las gestiones oportunas para que por los organismos competentes se reconozca el derecho a la asistencia sanitaria gratuita a los internos que reúnan los requisitos exigidos”.
4. “Por el Centro Directivo se regulará el funcionamiento de los servicios sociales penitenciarios y sus relaciones con la Junta de Tratamiento.”

La labor del trabajador social con los internos empieza con el ingreso en prisión momento en que los internos son entrevistados por diversos profesionales del equipo técnico entre ellos se encuentra el Trabajador Social, quien es el encargado de iniciar el Expediente Social, Ficha Social e Historia Social. Los miembros del equipo emitirán un informe sobre propuesta de separación interior, planificación educativa, sociocultural, deportiva y actividades de desarrollo personal. En base a este informe, la Junta de tratamiento tendrá en cuenta dichos informes y la presunción de inocencia para elaborar un Modelo Individual de Intervención (MIT) para el interno, y la Junta de tratamiento (previamente al informe del equipo técnico) formula a su vez el Programa Individualizado de Tratamiento (PIT). El PIT es un programa integral, que aborda variables sociales, familiares, individuales e institucionales.

Respecto a las actividades y elementos del tratamiento, el trabajador social es el profesional referente del Equipo Técnico que hace de enlace con el exterior y se coordina con los servicios sociales especializados, así como con otras entidades relacionadas con la materia, por diversos motivos entre los cuales se encuentra la realización de actividades y elementos básicos del tratamiento, como son:

- El trabajo, elemento fundamental del tratamiento que prepara al interno para su acceso al mercado laboral, de manera que lo capacita para que pueda satisfacer sus necesidades.
- Actividades educativas y deportivas que persiguen desde la impartición de enseñanzas obligatorias del sistema educativo a la adquisición de hábitos de ocio saludables.
- Actuaciones a nivel familiar. Las actuaciones son muy variadas y complejas. Además, el inicio de la relación entre el Centro Penitenciario y la familia lo realiza el departamento de Trabajo Social, que realiza actuaciones como informar de los factores de riesgo y de protección para disminuir las posibilidades de reincidencia, aclarar dudas sobre el funcionamiento y procedimiento penitenciario para disminuir los miedos que conlleva esta situación, valorar si la familia se encuentra preparada para acoger al interno en los permisos ordinarios de salida, actuaciones tendentes a acondicionar el medio de inserción futuro, mejorar la labor de apoyo de la unidad familiar, fomentar las relaciones del interno con su entorno, etc.
- Permisos de salida: Su importancia reside tanto en que produce una disminución de los efectos negativos de la privación de libertad como en que acercan a los internos a la realidad social exterior.

A modo de conclusión podría decirse que los profesionales del Trabajo Social Penitenciario se ocupan de planificar, proyectar, evaluar y orientar los servicios y políticas sociales penitenciarias, tanto en las penas privativas de libertad como en las penas privativas de derechos. Entre sus principales tareas encontramos el entrevistarse con los internos, con sus familias y con la red de apoyo con la que cuenta, recopilar datos sobre los mismos familiares, centros o empresas donde hayan permanecido o trabajado y/o con cualquier persona o entidad que pueda proporcionar información para el estudio de su "personalidad". Asimismo, son los encargados de realizar el seguimiento a liberados condicionales y personas sometidas a penas alternativa.

5. PROBLEMÁTICA ACTUAL, PANDEMIA COVID- 19 Y SU IMPACTO EN LA POBLACIÓN RECLUSA

Las características del entorno de las cárceles y de la población penitenciaria, con alta vulnerabilidad, hicieron que se temiese lo peor ante la llegada de Covid19 puesto que es una población con una salud un tanto precaria, con alta morbilidad por enfermedades infecciosas y drogodependencias y frecuentes problemas de salud mental. Por ello saltaron las alarmas en los distintos ministerios en diferentes países del mundo y de organismos internacionales.

En España, una Orden dictada por el Ministerio del Interior el 15 de marzo de 2020 , reconoce que los internos son un “colectivo vulnerable”, por lo que suspende todas las comunicaciones presenciales y todos los permisos, y se adoptan una serie de medidas restrictivas en cuanto a la movilidad de los internos, al acceso de familiares y profesionales extra-penitenciarios a los centros y a la supresión de talleres productivos, educativos y otros. A esto se le suma que la atención medica en las cárceles españolas se hacía especialmente difícil por el déficit de médicos en los Centros Penitenciarios.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó el 23 de marzo de 2020 una Guía dirigida a los Estados que expone una serie de recomendaciones y para abordar la crisis del Covid-19 dentro de los centros penitenciarios. Entre las distintas medidas que según la OMS deben ser adoptadas de inmediato, destaca “la valoración cuidadosa del posible recurso a medidas no privativas de libertad en todas las etapas de la administración de la justicia penal”. En este mismo sentido, el Comité para la Prevención de la Tortura (CPT) del Consejo de Europa, (en su declaración a los Estados) realizar un “mayor uso de alternativas a la prisión preventiva, conmutación de sentencias, libertad anticipada y libertad condicional”.

Estas medidas pudieron reducir el hacinamiento en algunas cárceles, pero muchas otras se vieron mínimamente afectadas y se requirieron medidas adicionales, tales como la liberación de la población de alto riesgo de COVID-19 por a la edad o condiciones subyacentes, condenados un delito no violento o encarcelados por una violación técnica (sin delito) de libertad condicional, y aquellos que en un periodo menor de dos años cumplían sus condenas.

Por consiguiente en abril de 2020, el Gobierno Español puso en marcha la aplicación de medidas por las que más del 75% de los 7.182 presos en semilibertad, desplazaran el cumplimiento de sus penas en casa vigilados mediante pulseras de control telemático. Aunque no existe ninguna fuente de información o datos estadísticos que corrobore que esta medida se aplicó realmente.

En el Parlamento Español, el grupo parlamentario de Unidas Podemos pidió al Gobierno que adoptara medidas excepcionales para permitir que todos los presos clasificados en segundo grado (régimen ordinario) y en tercer grado penitenciario (semilibertad) que estuvieran disfrutando de permisos de salida antes de estallar la crisis pasaran a cumplir las penas en sus domicilios mientras durase la pandemia.

Posteriormente, nueve grupos parlamentarios pidieron al Gobierno, a principios del mes de mayo, la puesta en libertad de aquellos reclusos “que presenten especial vulnerabilidad ante la Covid-19”, incluidos aquellos que sufran “patologías previas serias, crónicas o agravadas por la edad -mayores de 65 años-, por conformar grupos de riesgo ante el contagio de la pandemia”.

En este mismo escrito también se reclamó que aquellos que hubiesen cumplido las tres cuartas partes de la condena (a partir de la cual un interno puede pedir la libertad condicional) fuesen excarcelados cuando “no presenten alto riesgo de reincidencia y/o presenten pronóstico favorable de reinserción social”.

Junto a ello, los grupos parlamentarios también reclamaban medidas sanitarias como “generalizar medidas de protección, examen de síntomas preventivo y diagnóstico rápido de personas en prisión”. También se pidió que se derivasen “inmediatamente a centros hospitalarios de la red pública a quienes presenten síntomas o den positivo por enfermedad de Covid-19” y no se mantuviesen en las enfermerías de las prisiones como se hace con aquellos que no tienen síntomas de gravedad.

También solicitaron que se facilitara a los internos “conocimiento actualizado y accesible del desarrollo de la pandemia y de las medidas adoptadas, a nivel general y, en particular, dentro de las prisiones para prevenir y contener su propagación”.

La propuesta también apeló a que la reducción de población reclusa permitiría “reducir los riesgos de contagio” en las cárceles. Sin embargo, el Ministerio del Interior informó que el impacto de la pandemia en estos centros era cuatro veces inferior al impacto en la población general.

En cuanto a la población penitenciaria afectada en España, a primeros de julio, el número de positivos totales entre la población reclusa supuso una tasa de menos de 2 positivos por cada mil internos, mientras que entre la población general esa tasa giraba en torno a 5,5 positivos por cada mil habitantes. Se habían producido seis fallecimientos por coronavirus en prisiones (dos reclusos, con patologías previas graves y más de 60 años y cuatro funcionarios contagiados) e Instituciones Penitenciarias había confirmado el contagio de 274 trabajadores.

6. TRABAJO DE CAMPO. UNA MIRADA DESDE LA ABOGACÍA

- Incidencias

Debido a la situación actual de la pandemia y a las medidas adoptadas tras el estado de alarma, no se ha podido realizar la investigación de la manera que se tenía prevista.

La idea previa para el trabajo era realizar cuestionarios a los diferentes profesionales de la prisión de Daroca, así como a los internos. Del mismo modo se tenía la idea de poder realizar un grupo de discusión entre las diferentes áreas de trabajo de la prisión (departamento de enfermería, trabajo social, psicólogo, etc.).

El análisis de campo iba a realizarse en la prisión de Daroca por ayuda de un contacto próximo que trabaja en la misma como funcionario de prisión, pero también el acabo un mes confinado por COVID-19, y desde la prisión de Daroca se imposibilitó el acceso por razón de las medidas restrictivas impuestas.

La metodología empleada para obtener una información directa que contemplara y enriqueciera el estudio realizado a partir de fuentes secundarias ha sido la entrevista en profundidad a dos abogados que trabajan en el ámbito penal penitenciario y con regularidad visitan la prisión de Zuera, y de Daroca en algunas ocasiones para comunicarse con sus clientes.

Se ha utilizado esta técnica de investigación cualitativa con el fin de conocer las percepciones y comprensiones del fenómeno de la prisión y la salud mental.

Las entrevistas realizadas han sido semiestructuradas, ANEXO II, realizando una serie de preguntas más generales en cuanto a los temas principales que quería que se abordasen en dicha entrevista, no obstante las respuestas han sido libres.

Por otro lado la selección de los entrevistados fue orientada por los motivos teóricos. La realización del análisis precisaba de profesionales con una relación estrecha con la prisión, en este caso, ambos abogados. La entrevistas se realizaron en sus respectivos despachos y fue grabada para su posterior análisis.

Se les informo previamente a la realización de la entrevista del motivo por el que iba a ser grabada, y se les pidió que firmasen un consentimiento. Para mantener la confidencialidad de los datos me referiré a ellos como “abogado” y “abogada”.

Ambos profesionales visitan la prisión de Zuera y la de Daroca, estas visitas se realizan o bien a través de una defensa particular, es decir, el/la abogada están defendiendo de manera particular a un cliente que cumple condena o en situación de preventivos, o por otro lado a través del Servicio de Orientación Penitenciaria (S.O.P), que consiste en un asesoramiento a los internos en los centros penitenciarios de Aragón, es un servicio gratuito financiado por el Gobierno de Aragón. Cabe destacar que a lo largo de las entrevistas generalmente se ha hablado de experiencias y casos de internos que se encuentran cumpliendo condena en primer grado, en régimen cerrado.

La primera pregunta general que se hizo giró entorno a cómo describen ellos su trabajo cuando visitan los centros penitenciarios, en relación con esta pregunta, se derivó a otras más

específicas como horarios, instalaciones empleadas para la cita, manera en la que los internos contactan con sus servicios etc.

Ambos profesionales pasan consulta un día por semana, los martes, tanto en Zuera como en Daroca. Se hace hincapié en ambos relatos que el periodo de tiempo que se tiene para poder relacionarse con su cliente es muy escaso, y que generalmente nunca suele dar tiempo a hablar de todo lo que se quiere hablar, del mismo modo, ya el abogado expresó ya desde el comienzo de la entrevista *“que a veces es muy complicado la relación con los internos en el horario de la cita ya que suelen estar bajo efectos de psicofármacos o al estar en régimen cerrado sus habilidades para comunicarse se han visto deterioradas, o por el contrario el interno únicamente quiere alargar la conversación hablando de todo tipo de temas debido a su falta de socialización por estar en la celda”*. Cabe destacar otra frase esta vez citada por la abogada *“el trabajo muchas veces (consultas o asesoramiento) se dificulta por que hay gran parte de los internos que padecen alguna patología en materia de salud mental”*.

La manera en la que los internos pueden requerir de los servicios del S.O.P es a través de una instancia que tienen que rellenar. Una vez hecho esto los profesionales conciertan las citas con los internos dentro del limitado horario existente. El lugar en el que se hacen los consultorios es un locutorio (una sala con tres locutorios para poder realizar las citas), a través de un teléfono ya que tras el COVID-19 una de las medidas adoptadas es que exista un cristal entre el profesional y el interno. Generalmente ambos abogados realizan las visitas y están solos con el interno, debido al código deontológico de la profesión, ya que se tratan datos confidenciales. Esta nueva modalidad de reunirse con los internos dificulta en gran medida la relación que se establece, ya que al haber un cristal de por medio y comunicarse por un teléfono, se puede acrecentar la escucha, siempre y cuando este interno pertenezca al F.I.E.S (Fichero de Internos de Especial Seguimiento), en cuyo caso si que se autoriza a los funcionarios a escuchar las conversaciones. En caso de que se produzcan escuchas no autorizadas, como se ha dado el caso en ocasiones según los dos entrevistados, se puede recurrir. El abogado dijo respecto a su experiencia en los consultorios *“la confidencialidad debe de ser algo fundamental en la comunicación ente el abogado y el interno ya que como menciona la abogada, algunas veces el interno quiere denunciar algún caso de violación de sus derechos por parte de los funcionarios, y es su derecho hacerlo en la mas estricta confidencialidad”*.

El segundo bloque de preguntas se encabezó con una pregunta abierta que fue describir en base a sus experiencias como profesionales la relación entre la pena de privación de libertad y el derecho a la salud. Ambos profesionales catalogan la relación como *“un desastre”*, haciendo referencia a varias experiencias vividas. En referencia a la pena de privación de libertad el abogado expresó de antemano que *“la privación de libertad tiene un factor patógeno que facilita la enfermedad, tanto en internos que ya padecen vulnerabilidad debido a la desestructuración, o a una patología previa a entrar en prisión, pero también en aquellos internos que se considera que entraron a cumplir condena con una salud mental estable”*.

En primer lugar se habla de la falta de personal sanitario que existe en las prisiones, tanto en la cárcel de Zuera como en la de Daroca, ya que únicamente existe la presencia de un psicólogo por prisión, y un psiquiatra que no es fijo, si no que visita distintas prisiones. Como es en el caso de la prisión de Zuera, como se refirió la abogada *“una macro cárcel con unos mil doscientos o trescientos presos es prácticamente imposible que se garantice una asistencia plena a todos los internos.”* También puso de manifiesto que *“si la salud física ya es difícil, que se ve muy limitada,*

pues la salud mental todavía más”, haciendo referencia una vez más que cuando realiza las visitas a prisión percibe como los internos presentan patologías mentales que no están detectadas, aludiendo al uso abusivo de los psicofármacos y a la no revisión de estos. El abogado en materia de falta de personal sanitario alude al problema de la siguiente manera “no se han transferido aún las competencias penitenciarias a las comunidades autónomas salvo en Cataluña, Navarra y País Vasco, donde los estudios que se realizan ponen de manifiesto la mejora de la calidad de atención sanitaria.”

Se habla también de cómo afecta el aislamiento a la salud de un interno, ya que tal y como explica el abogado *“su horario generalmente es 21 horas encerrado y 3 horas de salida a un patio”, de manera más detallada relata la abogada que “es un patio muy cerrado, con el que casi no ves el cielo, no te relacionas a penas con el resto de los internos.”* Esto evidentemente deteriora ya no solo las habilidades para socializarse de los internos, así como la manera en la que se comunican, las muestras de cariño etc. si no también se produce un deterioro cognitivo, en cuanto a sentidos como la vista, al estar encerrado tanto tiempo no viendo más allá de una pared, o el simple hecho de no estar en contacto con la luz natural, una vez que se sale, daña mucho a los ojos el contacto con el sol. Las celdas son cubículos de cuatro por cuatro metros, en los que se encuentra la cama del interno, un váter y un fluorescente, hasta hace no mucho detalla la abogada *“ni si quiera podían ver la luz natural, ya que estaba toda la celda tapada”.* Se daña también la identidad como persona dentro de una sociedad: los internos a veces experimentan la pérdida de identidad personal ya que no tienen espejos donde mirarse y apenas se relacionan si quiera, y esto conlleva una baja autoestima.

El tercer bloque, alude a los internos que padecen alguna enfermedad mental. En este caso, el abogado detalla *“llevo trabajando desde 2011 en prisión y en mi primer año traté con diecinueve presos que estaban en régimen cerrado, y de todos ellos solo uno no estaba bajo medicación.”* Es decir se refleja un abuso de los psicofármacos en la prisión, ya que conforme va avanzando el tiempo los internos que cumplen condena van deteriorándose en materia de salud mental, esto se debe a la falta de socialización, a la privación de su libertad e intimidad, comienzan una nueva vida en un lugar donde lo único que tienen que hacer y más prevalece es obedecer. Ambos abogados corroboran que existen muchos internos con alguna patología mental, y hacen alusión a la falta de atención sanitaria para que sean diagnosticados, como dice la abogada *“no necesariamente tienen por que estar diagnosticados para que padezcan una enfermedad mental”.*

A todo esto se suma que la historia clínica de un interno de nuevo ingreso no se puede acceder desde prisión, ya que los profesionales de la prisión en materia de salud en Aragón, a la par que en la mayoría de las comunidades autónomas de España, son trabajadores de Instituciones Penitenciarias, y no pertenecen al Salud. Dicho esto no es de extrañar que muchos de los internos que tengan diagnosticado algún tipo de patología, ya sea física como psíquica, tienen que comunicarlo a la prisión y aquí el abogado añade en materia de la medicación *“la medicación que toman también tiene que ser comunicada por el propio interno y de no ser así debido a que el interno no se acuerda de su historia médica lo más probable es que se empiece de cero con el tratamiento (en caso de que se diagnostique).”*

Este abuso de psicofármacos tiene efectos en el interno que los consume ya que se crea una dependencia latente que los propios profesionales detallan al haber experimentado como a

internos con los que estaban en el locutorio se les caía la baba por la medicación, o no podían expresarse adecuadamente.

En materia suicidios o intento de suicidios la abogada expresó de *“en este último año 2020, 175 internos intentaron suicidarse, y 90 de ellos fallecieron. Estas fechas pueden deberse a la escasa atención psicológica que reciben los internos, a pesar de que existen programas para la prevención del suicidio. Ambos mencionan el “módulo de respeto”, en el que si que es cierto que se da una atención psicológica más continuada a través de talleres que realizan asociaciones de fuera, se trabaja la gestión emocional, etc. No obstante este módulo tiene muy pocas plazas, doscientos internos únicamente, por lo que el resto de los internos siguen demandando asistencia psicológica y no se les facilita.*

En materia de la relación y cooperación con otros profesionales de prisión como es el caso de las trabajadoras sociales, el abogado detalló que *“tienen un papel muy importante dentro de la prisión, ya que la dedicación que emplean en recopilar información acerca de un interno, informes, etc. es primordial y fundamental para poder trabajar con el, como por ejemplo en materia de prestaciones”*. Del mismo modo ambos comentan que no tienen mucha relación con este departamento, principalmente por que a veces existe una descoordinación entre las diferentes áreas de trabajo, y en las ocasiones que se precisa comunicar algo entre profesionales, *“al haber tan poco personal casi siempre están ocupados, y pocas veces se puede mantener una conversación fluida a cerca de un interno”* dice la abogada para terminar con esta pregunta.

El siguiente bloque de preguntas fue relacionado con la situación tras el COVID-19, y qué medidas se adoptaron tras decretarse el estado de alarma. En las prisiones de Zuera y Daroca se produjo un parón en cuanto a las actividades organizadas de fuera, es decir en materia de Cruz Roja, talleres ocupacionales, etc. Se restringieron las visitas familiares, y los vis a vis. La abogada detallaba que *“hay internos que llevan más de un año sin poder abrazar a sus familiares”* ya que aun no se han reanudado los vis a vis y las visitas familiares anteriormente podían estar diez miembros de la familia y ahora únicamente tres.

Del mismo modo al ser la población penitenciaria una población de riesgo, ya que el contacto continuo entre internos aumenta la probabilidad de contagio, se pidieron excarcelaciones al comienzo de la pandemia, para aquellas personas que cumplieran los requisitos para la semilibertad y el tercer grado, según el decreto del Consejo de Europa. No obstante, en base a la experiencia de ambos profesionales, y tal y como expresó el abogado muy sorprendido con la respuesta que se les dio *“no se consiguieron muchas excarcelaciones en base a este criterio, estas excarcelaciones fueron varias veces denegadas apelando a que en las prisiones el número de contagios era menor que los contagios de fuera”*:

Algo positivo que mencionan los dos abogados en cuanto a las consecuencias del COVID-19 es que se implantaron videocámaras para que los internos pudieran hacer videoconferencias con los familiares, y es una medida que sigue utilizándose hoy en día, por lo que a aquellos internos que son extranjeros y tienen a sus familiares lejos les es de mucha utilidad.

Para cerrar la entrevista, se preguntó sobre qué se podría hacer para mejorar la situación de los internos en prisión, una vez habiéndose hablado de tantos temas a lo largo de la entrevista.

Por un lado el abogado expresó que *“debería de existir una cooperación entre instituciones, de tal manera que si se transfiriesen las competencias a las comunidades autónomas”*. Esto

supondría, por ejemplo en Aragón, que profesionales del Salud fuesen los que asistieran a los internos de la prisión, y supondría que los internos fuesen tratados como pacientes reales, ya que el médico, psicólogo, etc. de la prisión son funcionarios y trabajan para instituciones penitenciarias. Esto supone que en algunos casos se mire por el bien de la prisión y no exista esa parcialidad a la hora de asistir a un interno. Detalló que *“en lugares como Navarra, Cataluña o País Vasco, ya se han trasferido y los datos muestran una mejoría de las condiciones en prisión, por lo que esta medida tendría una repercusión muy positiva para los internos que requieran asistencia sanitaria.”*

En el caso de la abogada dijo que *“es muy sencillo que se produzca una mejora, ya que el Código Penal permite tomar otro tipo de medidas cuando se condena a una persona, ya que la pena de privación de libertad es una medida, pero no la única.”* No obstante el Gobierno Central apenas tiene interés en materia penitenciaria, por lo que no se financian otro tipo de centros para las personas que han cometido delitos (trabajos en beneficio a la comunidad, terapias, etc.). *“Esta solución está al alcance ya que la Ley lo permite, pero es más cómodo que las personas condenadas cumplan pena en prisión, de tal manera que estén allí encerrados y cumplan sus años.”*

7. CONCLUSIONES

De acuerdo con la información analizada y una vez habiendo finalizado la investigación he llegado a las siguientes conclusiones.

Existe una descoordinación por parte de la administración general, los servicios penitenciarios deberían mejorar su coordinación con la red de asistencia sanitaria y social para garantizar así un tratamiento integral a los internos. Solo así se puede garantizar que los internos sean asistidos como pacientes reales sin que los profesionales sanitarios se vean influidos por el sitio para el que trabajan, en este caso Instituciones Penitenciarias.

Este desinterés por parte del gobierno en materia penitenciaria es el reflejo de una sociedad punitiva, en la que el único método de control es el castigo y el miedo. Se ha creado una dinámica en la que la cárcel es una institución de castigo, en la que en vez de trabajar para la futura reinserción del interno y pueda reincorporarse a la sociedad de la mejor manera posible, se le priva de la libertad en aras de castigarle. La ciudadanía acepta la prisión como un instrumento de castigo ya que lo ve eficaz para mantener aislados a aquellas personas que cometen delitos, y dejándose llevar así por sentimientos relacionados con el miedo e incluso la venganza, exigen que desde la prisión se les castigue por los actos cometidos.

Se desvincula así al interno de su contexto y de sus circunstancias, centrándose solo en el delito cometido y en la condena. Esto trae como consecuencia que no se le de importancia a la factores que cada vez son más de riesgo en la sociedad, como la pobreza, la desigualdad, la marginalización, etc. Los delitos más cometidos en las prisiones de Zuera y Daroca están relacionados con atentado a la salud pública y patrimonio, lo que refleja que en muchos casos la persona sea llevada a la venta de drogas, o al robo.

Del mismo modo, podría decirse que las personas que padecen una enfermedad mental entran en contacto con el sistema penitenciario, entre otras causas, porque ha existido previamente una falta de recursos en materia de salud mental. Esto hace en numerosas ocasiones que no se trate al interno de la manera adecuada y se le administren fármacos para paliar su enfermedad, olvidándose así de las consecuencias tan nocivas que esto produce, desde adicciones, hasta deterioros cognitivos. El tratamiento del interno con enfermedad mental no está organizado ni planificado desde un punto de vista terapéutico (mas allá de los fármacos), por lo que el día a día de los internos se limita a obedecer y deambular por la prisión. Debido a la falta de personal no se realiza un adecuado seguimiento ni intervención del interno, olvidándose así también de la familia del mismo, siendo esto imprescindible para promover su rehabilitación.

Existe una falta ya no solo de hospitales psiquiátricos penitenciarios si no de programas de tratamiento para la salud mental dentro de la prisión, que se traduce en una desatención a los internos. Desde la prisión se debería trabajar para la reinserción del interno en la sociedad, garantizándole unos derechos fundamentales, trabajando desde las causas que le han llevado a cometer los delitos, por el contrario se pone el interés en castigar por el delito cometido.

Dentro de este contexto del ámbito penitenciario podrían adoptarse medidas que previnieran el deterioro de la salud mental de los internos, de tal manera que con más personal sanitario se pudiese dar cobertura a todos los internos que lo necesitasen.

Para concluir, considero que la función resocializadora de la pena privativa de libertad ha de proyectarse sobre toda la actividad penitenciaria, tratando de llegar más allá de su labor de aseguramiento que en su origen tuvo la cárcel, trabajando en insistir que se ofrezca todos los métodos que integran el tratamiento de un interno para superar los problemas o circunstancias que le condujeron a cometer el delito. Por el contrario, se está produciendo un incremento en las tasas de reingreso de los internos puestos en libertad, suicidios dentro de la prisión, condiciones e infraestructuras inadecuadas para el desarrollo de la vida del interno.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Arnau-Peiró, F., García-Guerrero, J., Herrero-Matías, A., Castellano-Cervera, J. C., Vera Remartínez, E. J., Jorge-Vidal, V., & Iranzo-Tatay, C. (2012). Descripción de la consulta psiquiátrica en centros penitenciarios de la Comunidad Valenciana. *Revista Española Sanidad Penitenciaria*, 14(2), 50-61.
<http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/103/708>

- 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, 100-111. Recuperado de:
<http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/13>

- Barrios Flores, Luis Fernando: "El empleo de medios coercitivos en prisión: Indicaciones regimentales y psiquiátricas", *Revista de Estudios Penitenciarios*, núm. 253, 2007, pp. 61-100.

- Castejón, M. A., Pallarés, J., y López-Fernández, J. M. (2010). Las personas con trastorno mental grave en el ámbito penal y penitenciario. Situación actual y propuestas de intervención psicosocial. *Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental*. Boletín primavera 2010. Madrid: Asociación Madrileña de Salud Mental.
Recuperado de <http://amsmblog.files.wordpress.com/2012/05/2010-primavera.pdf>

- CERMI (2008). *Las personas con discapacidad en el medio penitenciario en España*. Madrid: Ediciones Cinca.

- Constitución Española. (1978). Recuperado de:
<http://www.boe.es/buscar/pdf/1978/BOE-A-1978-31229-consolidado.pdf>

- Corbetta, P. (2003). *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid: McGraw-Hill.

- Daniela Puebla, M., Scatolini, J., & Mamani, V. (2008). *La construcción del trabajo social en el ámbito de la ejecución penal*. Comunidad Autónoma de Buenos Aires: Espacio Editorial.

- DSM- IV TR, 2002, p 29 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado por Juan J. López-Ibor Aliño, American Psychiatric Association, Manuel Valdés Miyar.

- Fundación Abogacía Española. (2012). *Los enfermos mentales en el sistema penitenciario. Un análisis jurídico*. Madrid. Recuperado de:
<http://www.abogacia.es/wp-content/uploads/2012/10/INFORME-Enfermedadmental-e-instituciones-penitenciarias.pdf>

- Las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (las Reglas Nelson Mandela). UNDOC Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Viena 2015.

- Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Recuperado de: <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>

- Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Recuperado de: <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>

- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre del Código Penal. Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/1995/11/24/pdfs/A33987-34058.pdf>

- Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria. Recuperado de: <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1979-23708>

- Macionis , J. J., & Plummer, K. (2012). Sociología (4ª ed.). Madrid: Pearson.

- Macionis, J., & Plummer, K. (2012). Sociología (4ª ed.). Madrid, España: PEARSON.

- Organización Mundial de la Salud. (1992). Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Ginebra: OMS.

- Organización Mundial de la Salud. (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001 Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS.
Recuperado de http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1

- Organización Mundial de la Salud. (2002) : Informe mundial sobre violencia y salud. Ginebra: OMS. Recuperado de http://www.paho.org/Spanish/DD/PUB/Violencia_2003.htm

- Organización Mundial de la Salud. (2004). La promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente y práctica. Ginebra: OMS. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/evidence/promoción_de_la_salud_mental.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (2013). Informe sobre la salud en el mundo 2013. Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Ginebra: OMS. En: <http://www.who.int/whr/2013/report/es/>

- Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de Acción sobre salud mental 2013-2017. Ginebra: OMS. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf?ua=1

- Real Decreto 190/1996 de 9 de febrero. Recuperado de: <http://www.boe.es/buscar/pdf/1996/BOE-A-1996-3307-consolidado.pdf>

- Real Decreto 515/2005, de 6 de mayo. Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/2005/05/07/pdfs/A15660-15664.pdf>

- Reglamento Penitenciario. (2015). Recuperado el Febrero de 2016, de Instituciones Penitenciarias:

<http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/documentos/normativa/ReglamentoPenitenciario/>

- Romeo Casanova, Carlos María: "El tratamiento jurídico del enfermo mental en el Consejo de Europa y sistema de garantías en el Derecho Español". Manual de Psiquiatría Forense. Edit. Colex, Madrid, 1994.

- Sánchez, O. (2013). Historia de la enfermedad mental y su atención. En: O.SánchezRodríguez, B. Polonio López y M. Pellegrini Spangenberg. (Eds) Terapia ocupacional en salud mental. Teoría y técnicas para la autonomía personal. (pp 3-17). Madrid: Editorial Médica Panaamericana, S.A.

- Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. (2014). El sistema penitenciario español. Madrid: Ministerio del Interior-Secretaría General Técnica.

- SGIP (2019). Atención sanitaria. Recuperado de: <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/laVidaEnPrision/atencionSanitaria/psiquiatria.html>

- SGIP (2019). Centros Penitenciarios. Recuperado en: <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/centrosPenitenciarios/localizacion.html?pt=psi>

- SGIP (2009a). Protocolo de Aplicación Del Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales en Centros Penitenciarios (PAIEM). Recuperado de: http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/descargas/Protocolo_PAIEM.pdf

- SGIP (2019): Reeducación y reinserción social, Programas de intervención con enfermos mentales. Recuperado de: <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/portal/Reeducacion/ProgramasEspecificos/enfermosMentales.html>

-Torrente, D. (2001): Desviación y delito. Madrid. Alianza Editorial.

-TORRES GONZALEZ , Francisco y BARRIOS FLORES, Luis Fernando: "Concepts and Procedures in European Countries: Spain", en SALIZE, Hans Joachim & DRESSING, Harald: Mentally Disordered Persons in European Prison Systems. Needs, Programmes and Outcomete (EUPRIS). Research Project. Final Report, Pabst Science Publishers, Lengerich (Germany), 2009, pp. 275-283.

9. ANEXOS

ANEXO I.SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN Y CONSENTIMIENTO FIRMADO

SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN Y CONSENTIMIENTO FIRMADO

Yo, Helena Lolumo Peiro alumna de Trabajo Social de la Universidad de Zaragoza desea realizar su Trabajo de Fin de Grado sobre la prisión y la salud mental, para ello preciso analizar testimonios de profesionales.

Mi objetivo será realizar un análisis sobre la salud mental en la prisión, para ello realizaré entrevistas a diferentes profesionales del ámbito penal.

Para la realización de este trabajo no serán importantes los datos personales de los profesionales , y siempre serán tratados con anonimato y confidencialidad.

La participación en este trabajo de fin de grado debe ser voluntaria y el motivo de esta carta es la solicitud de su participación y el consentimiento firmado.

Es necesario que quede reflejada la participación e información a los participantes sobre mi trabajo y por ello necesito que rellene lo siguiente:

D/D^a _____ confirmo que he sido informado sobre los objetivos del Trabajo de Fin de Grado de Helena Lolumo Peiro y accedo voluntariamente a la participación en el desarrollo del mismo. Así mismo accedo a que esta entrevista sea grabada, para su posterior transcripción y análisis en el Trabajo de Fin de Grado.

Fecha

Firma

ANEXO II. ENTREVISTA

ENTREVISTA ABOGADOS ÁMBITO PENAL

Abogacía en prisión:

- Pregunta abierta :
¿Cómo es un día a día en su trabajo cuando visita la cárcel / Cómo es una visita a la cárcel?

- Preguntas específicas:
 - ¿Cuánto tiempo lleva ejercicio de abogado en prisión?
 - ¿Cuáles son sus funciones? ¿ A qué se dedica?
 - ¿Cómo es un día a día en su trabajo?
 - ¿Cual es el procedimiento que un interno tiene que seguir para concertar cita con el usted?
 - ¿Cuántos módulos hay en la prisión de Zuera/Daroca?
 - ¿Cada cuánto se reúne con los internos que son clientes?
 - ¿Cuándo se reúne con los internos están solos o hay vigilancia? (Tema intimidad y confidencialidad de los internos)

Salud (mental) en prisión:

- Pregunta abierta:
¿Cómo describiría la relación entre la cárcel (pena privación de libertad) y el derecho a la salud? Me interesa conocer la visión general sobre el tema desde diferentes profesionales, extiéndase lo que sea necesario.

- Preguntas específicas:
(Hasta donde usted conozca)
 - ¿Existen programas dentro de la prisión para garantizar el derecho a la Salud Mental?
 - ¿Considera usted que se promueve la Salud Mental dentro de la prisión? De ser que sí, ¿cómo considera que se esta promoviendo desde la cárcel de “las cárceles que Vd. Visita”?
 - Dentro de la prisión ¿con qué profesionales sanitarios de la Salud Mental se trabaja? (¿Hay psiquiatra? ¿Psicólogo? ¿Están fijos en esta prisión o atienden en varias prisiones?)
 - ¿Los internos de la prisión tienen acceso al psicólogo/psiquiatra de la prisión siempre que ellos lo demanden? O por el contrario ¿existe algún requisito o limitación para poder tener acceso a este profesional?

Internos con TMG:

-¿Existen personas con TMG en esta prisión? De ser así, ¿Cuántos internos? (su conocimiento, contacto, experiencia con estos casos, su percepción de cuál es la proporción de personas afectadas y/o la dimensión del problema dentro de prisión...)

Trabajo social y prisión

(A continuación alguna cuestión que tiene que ver más estrechamente con la carrera/disciplina a la que pertenece este trabajo):

- ¿Se tramitan desde dentro de la prisión la modificación de la capacidad de obrar?
- En caso de que el intento con TMG esté tutelado, ¿existe coordinación con el tutor del interno?
- ¿Existen actividades o áreas terapéuticas en las que se trabaje con los internos con TMG?
- ¿Se trabaja también con las familias de los internos con TMG desde la prisión?
- ¿Tienen ustedes contacto con y/o conocimiento del trabajo de las trabajadoras sociales de prisión?

COVID 19:

- Pregunta abierta:

-¿Cómo ha variado la situación en la prisión de Zuera (ídem) tras la declaración de la pandemia de Covid?

- Preguntas más específicas:

- ¿Qué nuevas medidas se adaptaron tras que se decretase el Estado de Alarma en la prisión de Zuera (ídem)?
- ¿Los internos tenían visitas?
- ¿Usted seguía yendo a prisión?
- ¿Se siguió con la realización de las actividades establecidas en el horario? ¿O se produjo algún cambio?
- ¿Cómo vivió usted el confinamiento en la prisión? ¿Cómo cree que afectó a los internos?

CIERRE:

- ¿Cómo cree usted que podría mejorarse la situación de los internos en prisión en base a lo que hemos estado hablando?
- ¿Algo que añadiría a la entrevista?