



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

La percepción de los profesionales sobre la falta de apoyo de las personas con Trastorno Mental Grave tras el cumplimiento de condena.

The perception of professionals about the lack of support of people with Severe Mental Disorder after serving their sentences.

Autor/es

Andrea Fredes Sánchez

Director/es

Almudena Borobio Lázaro

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO

2023

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a todas las personas que me han apoyado y motivado durante el proceso de realización de este trabajo y sin las cuales, esto no hubiera sido posible.

En primer lugar, a mi tutora, Almudena Borobio Lázaro por implicarse desde el principio tras los cambios de directores y dificultades que se presentaron. Por resolver todas mis dudas, guiarme y motivarme en un proceso que a veces, ha sido complicado.

Agradecer también a todas las personas entrevistadas que me han ofrecido su tiempo e información muy valiosa para la consecución de este trabajo, atendíendome de la mejor de las formas.

Y, sobre todo, a mi familia y amigos, por acompañarme durante toda la etapa universitaria, no soltarme de la mano y apoyarme en estos meses de tanto esfuerzo. No hubiera llegado hasta aquí sin vuestra ayuda.

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo dar a conocer la situación de escaso apoyo que pueden experimentar las personas con Trastorno Mental Grave (TMG) tras su cumplimiento de condena y vuelta a la comunidad. Para ello, se ha contado con la participación de profesionales clave que, a través de entrevistas han mostrado su punto de vista en relación a esta problemática.

Las personas con Trastorno Mental Grave que han pasado por prisión se encuentran en una complicada situación de falta de recursos y herramientas que dificulta su reintegración en nuestra comunidad.

Por ello, es fundamental dar respuesta a sus necesidades y paliar el estado de vulnerabilidad y estigma que poseen, desde la coordinación, el conocimiento y el apoyo.

Palabras clave: Trastorno Mental Grave, prisión, apoyo social, salud mental y trabajo social.

ABSTRACT

The aim of the present work is to make known the situation of scarce support that people with Severe Mental Disorder (SMD) may experience after serving their sentence and returning to the community. For this, key professionals have participated who, through interviews, have shown their point of view in relation to this problem.

People with severe mental disorders who have spent time in prison find themselves in a complicated situation of lack of resources and tools that make it difficult for them to reintegrate into our community.

Therefore, it is essential to respond to their needs and alleviate the state of vulnerability and stigma they have, through coordination, knowledge and support.

Key words: severe mental disorder, prison, social support, mental health and social work.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
1. MARCO TEÓRICO.....	2
1.1 Aspectos básicos sobre la salud mental y el TMG	2
1.2 Trabajo Social en salud mental	4
1.3 Perfil internos con TMG y su situación en prisión	5
1.4 Trabajo Social en prisión	9
1.5 Personas con TMG en su salida de prisión.....	10
1.6 Relación entre el desistimiento delictivo, el apoyo social y el TMG.....	12
2. MARCO LEGAL	16
2.1 Sistema Penitenciario Español	16
2.2 La enfermedad mental y su regulación en la ley	17
3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y METODOLOGÍA.....	19
3.1 Hipótesis	19
3.2 Objetivos	19
3.3 Delimitación del ámbito de la investigación	19
4. RESULTADOS	21
5. CONCLUSIONES	26
6. BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA	28
ANEXOS.....	i
I. Entrevista a profesionales del Centro Penitenciario de Zuera: Trabajadora social, Subdirectora de tratamiento, Psicóloga.....	ii
II. Entrevista a profesionales de 2 A vía: Trabajadora social y Acompañante Terapéutico	iv
III. Entrevista Médico del Centro de Inserción Social 13 Rosas	v
IV. Entrevista Trabajadora Social USM Actur Sur	vii
V. Entrevista Psicólogo de ASAPME que visita Zuera.....	ix

INTRODUCCIÓN

Este trabajo nace con el objetivo de dar a conocer la salud mental en un ámbito como es el de prisión, concretamente en el Centro Penitenciario de Zuera, y, sobre todo, de poner en conocimiento a través del punto de vista de los profesionales, la situación de desamparo que, mayormente sufren las personas con Trastorno Mental Grave una vez cumplen condena, impidiendo en muchas ocasiones la adecuada reinserción social.

La motivación para la realización de esta investigación proviene de mi interés acerca del Trabajo Social en salud mental, así como del Trabajo Social en Instituciones Penitenciarias. Por ello, tras la realización del Prácticum de Intervención en 2 A Vía, entidad especializada en salud mental y que realiza apoyo en el Centro Penitenciario de Zuera, recogí la necesidad de englobar estos dos ámbitos que en ocasiones se unen y cuya situación resulta difícil, debido a estigmas, prejuicios, falta de red social y apoyo institucional, etcétera.

Respecto a la estructura del trabajo, se organizará en torno a siete capítulos compuestos con diferentes apartados.

En primer lugar, se desarrollará el marco teórico, realizando una aproximación a los aspectos básicos sobre salud mental y lo referente al Trastorno Mental Grave, así como el papel del Trabajo Social en este ámbito y en el de prisiones. También se expondrá las características de las personas con Trastorno Mental Grave en prisión, la atención que se les ofrece y su situación en el centro. Además, comentaremos la situación de estos internos tras haber finalizado su condena en el centro penitenciario y las dificultades que se presentan.

Posteriormente, se dedicará un apartado al marco legal, donde encontraremos cómo se estructura nuestro Sistema Penitenciario Español, las leyes que lo regulan y la posición que ocupan las personas con Trastorno Mental Grave en dicho sistema.

Los dos siguientes apartados se relacionan con el diseño de la investigación y la metodología empleada durante la misma, así como los resultados obtenidos a lo largo del estudio.

Para finalizar, dedicaremos un apartado a las conclusiones con el fin de hacer una síntesis.

1. MARCO TEÓRICO

En este apartado, se expondrá, por un lado, aspectos necesarios acerca del campo de estudio, la salud mental, así como el papel del Trabajo Social en este ámbito y, por otro lado, el perfil de los internos con Trastorno Mental Grave (en adelante TMG) en prisión y su situación tanto dentro como fuera de ésta, además de la relación entre la teoría del apoyo social y la importancia de la rehabilitación para estas personas.

1.1 Aspectos básicos sobre la salud mental y el TMG

El concepto de salud quedó definido en 1946 según la Organización Mundial de la Salud, refiriéndose al estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no solo la ausencia de enfermedad (OMS, 1946).

Desde un enfoque mixto, compuesto por elementos perceptivos y funcionales, este mismo concepto se define según Blum como:

“La capacidad del individuo para mantener un estado de equilibrio apropiado a su edad y a sus necesidades sociales, en el que este individuo esté razonablemente indemne de profundas incomodidades y satisfacciones, enfermedad o incapacidad y de comportarse de tal forma que asegure la supervivencia de su especie tanto como su propia realización personal o satisfacción individual” (Miranda y Garcés, 2015, p.18)

Asimismo, la OMS define la salud mental como «un estado de bienestar en el cual cada individuo desarrolla su potencial, puede afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y puede aportar algo a su comunidad» (OMS, 2022).

Una de las definiciones clave para la comprensión de este trabajo, es el concepto de Trastorno Mental. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales elaborado por la Asociación Americana de psiquiatría define este término como:

“Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente, los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o a discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Una respuesta predecible o culturalmente aceptable ante un estrés usual o una pérdida, tal como la muerte de un ser querido, no constituye un trastorno mental (...).” (DSM V, 2014, p.20).

No obstante, existe otra definición aportada por la Organización Mundial de la Salud que debemos tener en cuenta. De este modo, “se entiende por tal no sólo la presencia de síntomas positivos y negativos, sino también un patrón de relaciones gravemente alterado, un comportamiento inadecuado al contexto o una afectividad inapropiada grave, que impliquen una percepción distorsionada de la realidad” (OMS, 1992).

Existen numerosos tipos de trastornos mentales diferentes, sin embargo, de acuerdo la Organización Mundial de la Salud, podemos agrupar dichos trastornos en nueve categorías diferentes (Andréu Moreno, 2015, p. 290):

- Trastornos mentales orgánicos
- Trastornos del comportamiento
- Trastornos psicóticos: esquizofrenia, psicosis transitoria aguda, trastorno delirante, trastorno esquizoafectivo
- Trastornos del humor: episodio maníaco, trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo.
- Trastornos neuróticos asociados al estrés y somatomorfos
- Trastornos del comportamiento asociados a funciones fisiológicas: trastornos del sueño, trastornos de la alimentación, disfunción sexual no orgánica.
- Trastornos de personalidad del comportamiento del adulto
- Retraso mental y otros trastornos del desarrollo psicológico
- Trastorno de la infancia y de la adolescencia

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “los trastornos mentales y del comportamiento representan el 12% de la carga de morbilidad en el mundo; sin embargo, el presupuesto para salud mental de la mayoría de los países es inferior al 1% del gasto total en salud” (Arroyo-Cobo, 2011, p.103).

De este modo, “la OMS estima que los problemas de salud mental serán en 2030, la principal causa de discapacidad en el mundo” (Confederación Salud Mental España, 2019).

Respecto al Trastorno Mental Grave, existen tres aspectos imprescindibles que dan forma a la definición y sin los cuales no se puede hablar de TMG (Espinosa-López y Valiente-Ots, 2017, p.8). En primer lugar, el diagnóstico, principalmente asociados a los trastornos psicóticos, como por ejemplo la esquizofrenia o el trastorno esquizoafectivo, los trastornos de personalidad y los trastornos del humor (trastorno bipolar, trastorno depresivo recurrente...).

Posteriormente, la temporalidad y duración de la enfermedad y el tratamiento, ya que se tratan de trastornos que consideran a la persona como “enferma crónica”. Para que se cumpla este requisito, la duración del tratamiento debe ser superior a dos años sin la existencia de una evolución favorable. (Espinosa-López y Valiente-Ots, 2017, p. 9).

Por último, “la presencia de discapacidad como existencia de una disfunción moderada o severa del funcionamiento global” (Zabala Baños, 2016, p. 30).

En definitiva, el TMG es una enfermedad mental de larga duración sin previsión de una mejoría absoluta, que requiere tratamiento y que afecta a todos los ámbitos de la persona, produciendo una situación de discapacidad.

Causas y factores de riesgo

A lo largo de la historia, ha existido un debate sobre los orígenes de los trastornos mentales, sus causas y a qué se debía la aparición de estos. Hay quien opina que se deben mayoritariamente a causas genéticas, mientras que otros, otorgan mayor importancia a los factores sociales y ambientales de la persona (Castro-de Diego y Vicente-Colomina, 2019, p.82).

De esta forma, alguna de las causas que originan una enfermedad mental se relacionan con un elemento hereditario, donde es más frecuente desarrollar un trastorno mental si un pariente de primer grado lo

padece, sufrir una exposición ambiental anterior al nacimiento, tales como factores de estrés, enfermedades inflamatorias, drogas o alcohol y sufrir una alteración química del cerebro (Mayo Clinic, 2022).

Asimismo, respecto a los factores de riesgo que pueden aumentar la aparición de padecer un trastorno mental, nos encontramos con situaciones estresantes en la vida de la persona, experiencias traumáticas, consumo de tóxicos y alcohol, haber sufrido abusos, negligencia o abandono en la infancia, una escasa red de apoyo, etcétera. Es decir, tienen peso tanto los factores biológicos como los factores sociales y familiares, económicos y medioambientales (Mayo Clinic, 2022). Es el modelo de vulnerabilidad-estrés el que parte de que la predisposición a la psicosis tiene su origen en múltiples factores causales, tanto biológicos como ambientales (Programa de Prevención de Psicosis, s.f).

“Las contribuciones científicas de los iniciadores de la psiquiatría social insistieron en que los desórdenes mentales y los trastornos emocionales frecuentemente no son causados, al menos de manera exclusiva, por factores biológicos y orgánicos, sino también por factores sociales en la familia y en el medio ambiente” (Miranda, 2015, p.70).

1.2 Trabajo Social en salud mental

El inicio del Trabajo Social en salud mental se remonta al contexto norteamericano de principios del siglo XX. Es Adolf Meyer, quien, junto a su mujer, Mary Potter Brooks, dan forma a este ámbito (Miranda Aranda, 2015, p.70).

“El Trabajo Social Psiquiátrico, es trabajo de investigación de casos emprendido en cooperación directa y responsable con la Psiquiatría (...) con el objeto de ayudar a los pacientes que adolecen de trastornos mentales o emocionales” (Miranda Aranda, 2015, p.71).

Podemos mantener, que el Trabajo Social en salud mental es, “un Trabajo Social Clínico que se realiza con una población determinada, siendo el Trabajo Social Clínico una parte de la profesión especializada en el tratamiento de las dificultades de carácter psicosocial” (Garcés Trullenque, 2015, p. 88).

Es en 1905, cuando Richard Cabot incorpora por primera vez la figura del Trabajo Social en el ámbito sanitario, siendo en este siglo cuando nuestra profesión forma parte de un equipo psiquiátrico, constituyendo Mary Potter Brooks, “la primera trabajadora social psiquiátrica que va a establecer un puente entre la práctica tradicional de la Psiquiatría y el trabajo en la comunidad” (Miranda Aranda, 2015, p.74).

No obstante, haciendo una referencia a España, la incorporación del Trabajo Social en salud mental se produce de forma tardía.

Debemos remontarnos a 1953, momento en el que se crea la fundación de la Escuela de Visitadoras Psiquiátricas en Barcelona. Sin embargo, con toda seguridad, primero se produjo la integración del Trabajo Social en los centros manicomiales con funciones más bien ambiguas. (Miranda Aranda, 2015, p.77).

A su vez, la figura del Trabajo Social en los dispositivos de salud mental surge en el año 1968 en el Sanatorio Psiquiátrico Provincial “Padre Jofre” ubicado en Valencia. (Aroca, Fons et al, s.f).

Respecto a las funciones que desarrolla el profesional en salud mental, cabe decir que existen diversas

actividades desempeñadas según el centro en el que se encuentre, la finalidad de éste y los objetivos del equipo interdisciplinar.

Sin embargo, existen una serie de funciones básicas a realizar (Garcés Trullenque , 2015, p.89):

- La función de atención directa a individuos, familias y grupos que presenten una necesidad social ligada a un problema de salud.
- Una función preventiva, de promoción e inserción social con la finalidad de la adecuación personal al medio social y familiar de la persona con enfermedad mental.
- La función de coordinación donde el trabajador social incorpora el factor social a los problemas de salud mental, proporcionando al usuario los recursos necesarios a su disposición para alcanzar la reinserción social. Debe conocer distintos recursos comunitarios y coordinarse con ellos para posteriormente, integrarlos en el plan de intervención, así como debe existir coordinación en el propio equipo interdisciplinar. Una función de docencia, formación e investigación en la que el profesional esté en continuo aprendizaje.

1.3 Perfil internos con TMG y su situación en prisión

En los centros penitenciarios españoles se ha producido un aumento del porcentaje de internos que sufren una enfermedad mental, existiendo una mayor prevalencia respecto a las personas con trastorno mental en la población general (Zabala Baños, 2016, p.64). La prevalencia de diagnóstico psiquiátrico en prisión es del 49,6%, incluyendo un diagnóstico de abuso o dependencia a drogas. (Zabala Baños, 2016, p. 150).

Según el estudio realizado por Arroyo y Ortega (2009) en Zaragoza, el trastorno de personalidad es el que mayor prevalencia posee dentro prisión con un 30%, siendo más frecuente el trastorno antisocial y el trastorno límite de la personalidad. Otros diagnósticos psiquiátricos frecuentes son el Trastorno por ansiedad (45,3%), el Trastorno del Estado de ánimo (41%) y el Trastorno psicótico (10,7%) (Zabala Baños, 2016, p.1045).

“En cuanto a los efectos propios de la prisión (...) se encuentra el trastorno paranoide unido al consumo de sustancias. Según la literatura, es el único que puede considerarse como una consecuencia de la estancia en un centro penitenciario” (Rodríguez López, 2019, p. 20).

De acuerdo con el DSM-V (2014), el trastorno antisocial pertenece a la categoría de trastornos de la personalidad y se caracteriza por un patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos de terceros. Se produce el engaño, la impulsividad e irresponsabilidad constante, la ausencia de remordimiento, la agresividad y el incumplimiento de las normas sociales y suele acarrear actuaciones que son motivo de detención (DSM-V, 2014, p.363).

Asimismo, el Trastorno paranoide también hace referencia a la categoría de trastornos de la personalidad, donde el individuo siente desconfianza y suspicacia hacia los demás, sintiendo sospecha de que los demás causan daño. Se caracteriza por la preocupación con dudas injustificadas de la lealtad de los amigos, rencor persistente, percepción de ataque hacia su reputación, entre otros (DSM-V, 2014, p.360).

El Trastorno Bipolar pertenece a los trastornos del humor y se caracteriza por la existencia de episodios maníacos y episodios depresivos. En este trastorno mental, la persona experimenta cambios en el estado de

ánimo donde puede sentirse, en su fase maníaca, muy alterada, con mucha actividad y autoestima o grandeza y una gran fuga de ideas, mientras que, en la fase depresiva, se encuentra con un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, con insomnio, disminución del interés, la fatiga debida a la falta de energía, sentimientos de culpabilidad excesiva y agitación, entre otros.

“Se trata, en su mayoría, de trastornos muy complejos, crónicos, relacionados con factores sociales y físicos que empeoran su pronóstico y manejo como son la adicción a las drogas, dando lugar a la patología dual o las dificultades de aprendizaje” (Zabala Baños, 2016, p.64).

Respecto a la patología dual, cabe decir que aparece cuando la persona padece dos patologías al mismo tiempo, en este caso, presentan un trastorno por uso de sustancias y un trastorno mental de manera simultánea (González Méndez, 2020, p.84).

En el Centro Penitenciario de Zaragoza, se realizó un estudio desde el año 2000 a 2005 sobre la atención primaria de la patología psiquiátrica en una prisión “tipo”, y especial interés tenía la alta tasa de patología dual que demandaba asistencia, resultando que el 67% de los internos que debieron derivarse al psiquiatra para su manejo y tratamiento, tenían asociado a su trastorno mental una adicción (Mora, 2007, p.10).

De acuerdo con Valverde (1997), se habla de la droga como un elemento esencial para entender y conocer el funcionamiento de las prisiones, siendo esta muy habitual dentro de la institución penitenciaria (Rodríguez López, 2019, p.21).

Así pues, los factores que contribuyen a que se deteriore la salud mental de las personas que se encuentran en prisión están relacionados con el hacinamiento, la violencia, la ruptura con el exterior, la inseguridad, los aislamientos forzados como sanción y los servicios sanitarios deficientes (Rodríguez López, 2019, p.18).

El perfil de las personas con TMG que se encuentran en prisión se caracterizan por poseer un bajo nivel educativo, con antecedentes de fracaso escolar, sin cualificación, sin empleo y vivienda estable. El nivel de dependencia y la falta de autonomía personal y social es evidente a causa del deterioro funcional y cognitivo. Además, es frecuente que hayan padecido en su infancia situaciones de abandono, abusos y malos tratos (Zabala Baños, 2016, p.64).

Con referencia al perfil sociodemográfico, estudios realizados como el de Zabala Baños (2016) o el de Arnau Peiró (2016), han demostrado que el porcentaje de población penitenciaria de hombres es mucho mayor que el de mujeres, un 93% frente a un 7% respectivamente (Arnau Peiró, 2016, p.121). Además, la nacionalidad predominante es la española (54,9%) a pesar de que haya existido un aumento de la población extranjera (Vivas Dañobeitia, 2021, p.18).

Asimismo, muchos diagnósticos se producen durante la entrada en prisión y la mayoría, ni siquiera allí (Mora, 2007, p.11).

Principalmente, la mayoría de los internos diagnosticados con una enfermedad mental, cumplen condena por haber cometido delitos de robos, casi el 64% de ellos, y el 11.10 % por delitos contra la salud pública. Los delitos más violentos les corresponden porcentajes más bajos (Mora, 2007, p.8).

Respecto a su entorno familiar, tras tantas situaciones conflictivas y dolorosas, éstas ven las prisiones como una liberación al problema que desestabiliza el hogar y para que el que no encuentran ni apoyos válidos ni soluciones (Mora, 2007, p.7).

Estos focos de conflicto en el entorno familiar causan que se debilite cada vez esta esfera, teniendo una menor capacidad de soporte (Hava García, 2021, p.75).

El perfil de estos internos ya supone un factor de riesgo para que su situación en prisión no sea para nada favorecedora. Se encuentran aislados de la comunidad, entendiendo que el ambiente carcelario perjudica gravemente al deterioro de la patología psiquiátrica de la persona e impide su correcta rehabilitación. “El internamiento en prisión suele ser considerado como uno de los sucesos más traumáticos que puede experimentar una persona” (Ruiz, 2007, p.548).

El internamiento en prisión afecta a todas las esferas de la vida del individuo, supone una ruptura con el estilo de vida de la persona, el distanciamiento con su red social, el desempleo, así como otras dificultades personales, cognitivas, emocionales, psicológicas, económicas y sociales (Ruiz, 2007, p.548).

Asimismo, los presos sufren alteraciones físicas tales como problemas visuales, de audición y de olfato, debido a una deformación de la percepción visual y a la denominada “ceguera de prisión”, a grandes estímulos sonoros (ruidos) y a una pobreza olfativa (Rodríguez López, 2019, p.15).

La persona presenta mayor inestabilidad emocional, lazos muy debilitados, se sufre una pérdida del sentido de pertenencia a los grupos sociales primarios anteriores (...), lo cual influye en la dificultad para la reinserción social y aumenta el riesgo de reincidencia (Rodríguez López, 2019, p.14).

Dichas situaciones y efectos negativos en la persona, causan la existencia de una alta tasa de suicidio y de conductas autolesivas entre internos con TMG.

“El suicidio entendido como una válvula de escape del sufrimiento continuo de los internos. La soledad, la culpa, la baja autoestima, (...) provocan un gran sufrimiento para el cual, según Muñagorri y Peñalver (2008), no tienen suficientes habilidades de afrontamiento” (Rodríguez López, 2019, p.22).

No obstante, las conductas autolesivas son más frecuentes que los suicidios, entendiendo estas como una herramienta de afrontamiento contra el estrés y para descargar la ira sobre uno mismo (Rodríguez López, 2019, p.22).

De este modo, es frecuente salir a la comunidad con menos salud de la que se tenía al entrar:

Es como si la condena no se limitase a privar de libertad; la condena debe enfermar al que pasa por una cárcel, debe quitarle la capacidad de comunicarse con otras personas, reducir al individuo hasta el punto de que no se crea eso (...) (Manzanos Bilbao, 1998, p.65).

“El tratamiento de salud mental que se pueda ofrecer en prisión, incluso en el mejor de los casos posibles, será siempre inadecuado, pues tiene lugar en un contexto anti terapéutico por definición” (Pérez Martínez y Hernández Monsalve, 2022, p.254).

Existen muchísimos más enfermos mentales en las prisiones ordinarias que en el hospital psiquiátrico, sin ser atendidos específicamente (...) Y aunque legalmente debería acudir un psiquiatra a los centros penitenciarios (art. 209.1 2º R.P.), algunos centros no disponen del mismo y otros disponen del especialista de forma tan escasa que simplemente atiende las necesidades de prescripción farmacológica (Mora, 2007, p.9).

Así pues, las personas con enfermedad mental tienen más riesgo de ser víctimas de abusos, de verse envueltos en situaciones de violencia y agresiones, situándose por tanto dentro de un colectivo que se encuentra marginado y excluido, ya dentro de la propia institución (Pérez Martínez y Hernández Monsalve, 2022, p.253).

En cuanto a las condiciones que soportan en la prisiones, los enfermos mentales no suelen ser clasificados en tercer grado de tratamiento, ante las dificultades que puedan presentar para vivir en régimen abierto o de semilibertad, dada la falta de responsabilidad por su parte para asumir esta forma de vida (Sánchez Bursón, 2001, p.146).

Este impedimento de lograr obtener el tercer grado también es una realidad a la que las personas con enfermedad mental tienen que hacerse, puesto que en muchas ocasiones deben permanecer toda condena en prisión, con los problemas que eso acarrea.

Las personas con enfermedad grave no ven sus necesidades básicas, como es la salida y relación con la comunidad, cubiertas (Sánchez Bursón, 2001, p.147).

Hacer frente a las necesidades que plantean estos enfermos en prisión, es un problema que no está resuelto adecuadamente en ningún país europeo. (Arroyo-Cobo, 2011, p.103).

De esta manera, para dar respuesta a estas dificultades, nace el Programa Marco de Atención Integral a las personas que padecen un trastorno mental en los centros penitenciarios, denominado PAIEM, con el objetivo de ofrecer a estos internos una atención específica.

Los objetivos que persigue este programa son reinsertadores y terapéuticos, entre los que se destacan (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2013, p.3):

- Detectar y diagnosticar nuevos casos de trastorno mental que se produzcan en prisión
- Aumentar la autonomía y la adaptación al entorno del paciente, mejorando su calidad de vida
- Optimizar la reincorporación social y la derivación adecuada al recurso sociosanitario comunitario correspondiente

Existe un protocolo desarrollado en 2009 y renovado a los pocos años en el que se expone un modelo de intervención y las actuaciones a seguir a través de un equipo multidisciplinar y de distintos recursos materiales y actividades.

Respecto al modelo de intervención, se establece que se debe seguir un modelo asistencial, cuyas características deben ser la detección, diagnóstico y tratamiento de los internos, la elaboración de un

Programa de Rehabilitación Individualizado y la reinserción social (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2013, p.4).

Las bases de este modelo asistencial se sustentan en principios como la autonomía, la calidad, la coordinación con recursos sanitarios, sociales y comunitarios, la multidisciplinariedad, la continuación y la formación e investigación.

Tal y como se expresa en dicho protocolo (2013), la intervención con personas con enfermedad mental debe poseer un enfoque integral biopsicosocial, necesitando que determinados profesionales formen el equipo multidisciplinar.

Dicho equipo estará integrado por el médico, el personal de enfermería, psiquiatra y psicólogo, educador y trabajador social y siempre que sea posible, un maestro, un jurista, el monitor deportivo y ocupacional, los profesionales de diferentes asociaciones y los funcionarios de vigilancia.

Con lo referente a la detección de internos que padezcan una enfermedad mental, existen unos criterios tanto de inclusión como de exclusión para la posterior integración en el PAIEM.

Los criterios de inclusión parecen claros, que el interno presente un TMG estabilizado o una patología dual que interfiera en su integración en la vida penitenciaria. Mientras que los criterios de exclusión son, padecer una deficiencia mental y un trastorno inducido por uso de sustancias psicoactivas, para lo que existen programas específicos, tales como el Programa de Discapacitados y el Programa de Atención a Drogodependientes (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2013, p.8).

Una de las recomendaciones manifestada en el protocolo es, “la idea de incrementar la colaboración con las entidades sociales, aunque sin delegar en ellas la responsabilidad de las actividades del PAIEM” (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2013, p.6).

Desde ASAPME, asociación que ofrece atención, rehabilitación e integración social a personas afectadas problemas de salud mental, se lleva a cabo la actividad principal del PAIEM, realizando el diagnóstico de las personas y una posterior intervención en grupo, de manera no periódica.

Respecto a 2 A Vía, la Trabajadora Social y un Acompañante Terapéutico, acuden de forma semanal para realizar una intervención individual con determinados internos. No obstante, tienen un volumen de siete internos de los sesenta y siete que conforman el programa del PAIEM.

“Ofrecer tratamiento eficaz para los prisioneros que sufren de enfermedades mentales y tomar medidas especiales para prepararlos para su liberación es un requisito previo para su reintegración social exitosa” (UNODC, 2013, p. 44).

1.4 Trabajo Social en prisión

Tal y como expresa Hernández (1989), fue en 1983 cuando el papel del trabajador social se incorpora a los centros penitenciarios, a pesar de que su figura se creó cuatro años antes a través de la Ley Orgánica General Penitenciaria.

Dado que uno de los objetivos de las instituciones penitenciarias es la rehabilitación del interno, desde 1996, con la creación del Reglamento Penitenciario, surge la Acción Social Penitenciaria, llevada a cabo a través de los Servicios Sociales Penitenciarios (Facal Fondo, 2015, p.17).

De este modo, los Servicios Sociales Penitenciarios son un tipo de Servicio Social Especializado, cuyo objetivo recae en favorecer la reinserción social de los internos que cumplen condena, así como incidir en los vínculos y redes de apoyo de la persona y fomentar el desarrollo social dentro de prisión (De Dios Sánchez y Filardo Llamas, 2019, p.161).

La intervención desde el Trabajo Social queda regulada en el artículo 227 integrado en el Capítulo II del Reglamento Penitenciario (1997), puesto que en dicha sección se configura la acción social penitenciaria. Según el artículo 227 RP, «La acción social se dirigirá a la solución de los problemas surgidos a los internos y a sus familias como consecuencia del ingreso en prisión y contribuirá al desarrollo integral de los mismos».

“El ordenamiento jurídico penitenciario incluye la asistencia social como una de las prestaciones que la Institución Penitenciaria debe hacer efectiva en relación con las personas que cumplen pena en un Centro Penitenciario” (Circular 21/1995, 1995, p.1).

Así pues, el trabajador social forma parte de la Junta de Tratamiento y de un equipo técnico cuyas funciones se orientan en la ejecución de programas de tratamiento para los internos, el conocimiento directo de los problemas y demandas, atendiendo a dichas peticiones y la evaluación de los objetivos de los programas de tratamiento, entre otras. (Real Decreto 190/1996, 1996, p.84).

De esta forma, de acuerdo con el artículo 301 del Reglamento Penitenciario (1981), entre las funciones del Trabajo Social encontramos la realización de entrevistas a los internos una vez ingresan en prisión, así como la recogida de datos para realizar la Historia y Ficha Social y emitir un Informe Social.

Otras de las funciones a realizar son identificar las demandas y necesidades sociales de los internos, la elaboración del diagnóstico social, orientar sobre recursos y prestaciones, coordinarse con instituciones públicas y privadas y con recursos comunitarios para facilitar la posterior reinserción social del interno, el contacto con la familia, entre otras.

El objetivo final de nuestra intervención es la reeducación y reinserción social del intern@. De esta manera, todas nuestras intervenciones se orientarán a ayudar a la persona a desarrollar sus capacidades y aptitudes positivas que posibiliten una reintegración en la sociedad, fomentando los contactos y la participación de l@s intern@s en la sociedad a través de los vínculos sociales, las redes de apoyo y los recursos de la comunidad como instrumentos fundamentales de reinserción (De Dios Sánchez y Filardo Llamas, 2019, p.162).

Desde el Trabajo Social, debemos paliar las carencias de los internos que han influenciado directamente en su carrera delictiva, además de intentar que su paso por prisión no suponga un mayor desarraigo social del que ya poseen dichas personas (Pozuelo Romaguera y García Barrachina, 2015, p.23)

1.5 Personas con TMG en su salida de prisión

Las personas con TMG que han cumplido condena confrontan problemas singulares cuando se enfrentan a

la comunidad de nuevo.

Algunos de los problemas que pueden experimentar son las dificultades de encontrar un empleo y alojamiento correcto, aislamiento social, la posible falta de apoyo y de redes sociales (Manzanos Bilbao, 1998, p. 66).

“Pueden experimentar extremo aislamiento social y con frecuencia encuentran dificultades particulares para encontrar alojamiento adecuado y conseguir empleo. La mayoría de ellos requiere más servicios médicos y terapéuticos como así también asistencia” (UNODC, 2013, p.142).

El hecho de encontrar un crecimiento de la proporción de trastornos mentales entre las personas que están en prisión, no debe hacer pensar en la correlación trastorno mental y delincuencia, o prisión y deterioro mental, estamos hablando de enfermos mentales crónicos, con varios años de evolución de sus procesos, cuyo deterioro acaba por desembocar en un fracaso de su capacidad de adaptación social entrando en comportamientos delictivos propios de la exclusión social, drogadicción, hurtos, lesiones, robos (Arroyo-Cobo, 2011, p.108).

Así pues, tal y como se expone en el artículo 73 de la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria, la persona que haya cumplido condena debe ser plenamente reintegrado en el ejercicio de sus derechos como ciudadanos, entendiendo que sus antecedentes delictivos no deben ser motivo de discriminación (Ley Orgánica 1/1979).

Además, según el Principio 7, de los Principios para la Protección de Personas con Enfermedad Mental y para la Mejora del Cuidado de la Salud Mental, “las personas con discapacidad mentales deben tener derecho a ser tratadas y cuidadas, en la medida de lo posible, en la comunidad en que viven” (UNODC, 2013, p.45).

Sin embargo, la mayoría de los presos se encuentran en condiciones muy desfavorables para conseguir la reintegración en la sociedad debido a numerosos factores de desarraigo, dos de cada tres personas se encuentran en dicha situación tras el cumplimiento de condena (Manzanos Bilbao, 1998, p.69). De esta manera, podemos suponer que las personas que hayan cumplido condena y estén diagnosticadas con una enfermedad mental tendrán un factor más que aumente ese desarraigo, aumentando las dificultades en su salida de prisión.

Otra dificultad que disminuye la posibilidad de una reinserción exitosa y que contradice al artículo de la normativa previamente mencionada, es el estigma y prejuicios a los que se enfrenta este colectivo, doblemente discriminado.

El estigma es un fenómeno conocido y presente en nuestra sociedad, especialmente en lo referente a salud mental, ámbito en el que supone una importante barrera para el desarrollo de servicios comunitarios y para la integración de las personas afectadas (Arnaiz y Uriarte, 2006, p.49).

Una de las percepciones más recurrentes hacia las personas con enfermedad mental se encuentra relacionada con la idea de violencia y de peligrosidad. Los prejuicios a este colectivo que, además, se encuentra discriminado también por su condena en prisión, perjudican gravemente sus oportunidades de reinserción en la sociedad, viéndose discriminados y marginados (Arnaiz Muñoz y Uriarte Uriarte, 2006, p.51).

Por ello, es imprescindible que, en su salida, los internos con TMG se encuentren con el desarrollo de un modelo de tratamiento basado en la comunidad que trate sus necesidades y vulnerabilidades (UNODC, 2013, p.143).

“En efecto, como señala Domènech, “el enfermo mental ha sido tratado a menudo como una persona peligrosa, que inspiraba miedo y obligaba a la sociedad sana a defenderse de él” (Hava, García, 2021, p.68).

Los centros penitenciarios suponen un espacio desfavorable para la evolución de las personas con TMG puesto que las características de la prisión dificultan la creación de espacios terapéuticos para su tratamiento. “El afrontamiento del contexto carcelario se hace aún más penoso, poniendo en juego la fragilidad de las personas con problemas de salud mental (...) donde se observa un agravamiento de la enfermedad e incluso el comienzo de ésta si aún no se había mostrado” (Pallarés Neila y Utrera Canalejo, 2022, p.209).

De esta manera, cuando se produce la salida a la comunidad, al espacio social, dichas personas no poseen las herramientas y recursos necesarios para hacer frente al reto que supone la reintegración social.

No existe para ellos ninguna alternativa que no sea la prisión, cuando deberían ser tratados en centros adecuados comunitarios y con terapias rehabilitadoras y ocupacionales (Mora, 2007, p.9).

La ausencia de medidas de coordinación entre redes asistenciales dificulta el proceso de reinserción del enfermo en el ambiente social, y promueve el continuo reingreso de los enfermos en prisión (Sánchez Bursón, 2001, p.145).

Por ello, desde la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, se creó el Programa de Unidades Puente en 2012 con el fin de establecer una comunicación entre la persona con Trastorno Mental Grave y la comunidad. Este programa va destinado a aquellas personas con enfermedad mental grave que se encuentran cumpliendo condena en la modalidad de régimen abierto y libertad condicional (Mateo Soler et al, 2017, p.13).

Se entiende pues este programa como una continuación del Programa de Atención Integral a la Enfermedad Mental (PAIEM) y caracterizado por ofrecer una intervención psicosocial.

La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud insiste en garantizar la continuidad de cuidados de las personas que padecen un TMG mediante la provisión de los recursos sanitarios y sociales necesarios, así como en definir de forma rigurosa los grupos especialmente vulnerables frente a la enfermedad mental que requieren especial atención y seguimiento (Mateo Soler et al, 2017, p.13).

No obstante, debido al contexto de la pandemia sufrida en 2020, el programa Puente se paralizó, encontrándose de nuevo los internos con TMG sin apoyo en su salida de prisión.

1.6 Relación entre el desistimiento delictivo, el apoyo social y el TMG

En primer lugar, hablaremos del concepto de desistimiento delictivo, concepto definido como “el proceso por el cual, con o sin la intervención de los organismos de justicia penal, los delincuentes abandonan sus actividades delictivas y viven su vida sin cometer otros delitos” (UNODC, 2013, p.10).

Así pues, la persona puede estar sumergida en un proceso de desistimiento y seguir delinquir, puesto que se trata de un proceso gradual en el que se van reduciendo los delitos, conduciendo a la terminación (Serrano Maíllo, 2022, p.128).

Las tres teorías que ayudan a la comprensión del proceso de desistimiento son: la teoría del control social, la teoría de la transformación cognitiva y la teoría del apoyo social, en la que haremos más hincapié por la importancia que el apoyo social tiene tanto en la evolución clínica de personas que sufren TMG como en su adecuada integración social.

La teoría del control social, creada por Travis Hirschi, sociólogo y criminólogo estadounidense, pone el énfasis no en por qué la gente delinque sino en por qué existen personas que no lo hacen. Los autores Sampson y Laub acogieron el mismo marco teórico con el objetivo de comprender el abandono de las carreras delictivas. Asimismo, a partir de su formulación, la teoría del control ha pasado a ser uno de los principales marcos teóricos para la investigación de desistimiento (Cid Moliné, 2021, p.9).

En esta teoría, se expone que el desistimiento aparece como motivo de una inclusión de la persona en roles adultos (Cid Moliné, 2021, p.10).

La teoría de la transformación cognitiva, "en su formulación posiblemente más acabada la teoría de la transformación cognitiva se debe a Giordano/Cernkovich/Rudolph" (Cid Moliné, 2021, p.11).

Según estos últimos autores, el proceso de desistimiento de la carrera delictiva se configura en cuatro etapas. La primera etapa hace referencia al momento en el que la persona se plantea cambiar, en la segunda, se relaciona con redes sociales o institucionales que sirven de puntos de anclaje para el cambio, la tercera etapa, se produce cuando se construye una nueva identidad y la última etapa, cuando se asume que la nueva identidad no es compatible con las conductas delictivas (Cid Moliné, 2021, p.11).

Por último, la teoría del apoyo social se ubica en el marco de la teoría de anomia formulada por Merton y ampliada por Agnew para explicar el proceso individual que lleva a la delincuencia. (Cid Moliné, 2021, p.13).

Los resultados de distintas investigaciones y estudios muestran que las personas que tienen relaciones y vínculos sociales viven más tiempo y poseen una mejor salud física y mental que aquellas que no establecen dichos vínculos (Garcés y Durá, 1991, p.259).

"Cullen (1994, pp. 541-542) fue el primer autor que desde este enfoque teorizó sobre la relevancia del apoyo social para entender el desistimiento" (Cid Moliné, 2021, p.14).

Esto se debe a que existen dos mecanismos que exponen la vinculación entre esta teoría y el desistimiento. Por un lado, el apoyo social ayuda a disminuir la tensión de la persona y la posibilidad de sentir los estados emocionales que preceden a la conducta delictiva. Por otro lado, el apoyo por parte de la familia que reciben durante el cumplimiento de condena y la posterior integración a la comunidad, permite desarrollar un sentimiento de reciprocidad (Cid Moliné, 2021, p.14).

Según esta teoría, el apoyo social favorece la conformidad y la reentrada exitosa en la sociedad, reduciendo la victimización (Serrano Maíllo, 2022, p.127).

De esta manera, la investigación realizada con el objetivo de conocer la relevancia de esta teoría del apoyo social para comprender el desistimiento se ha centrado en tres fuentes de apoyo, donde encontramos la familia, el voluntariado y el apoyo profesional (Cid, 2021, p.14).

Asimismo, cuando el apoyo social resulta fuerte, las personas experimentan bajos niveles de ira, desarrollando un mayor autocontrol, debido a una red social sólida, lo cual les aleja del delito y la desviación y de los problemas de salud mental (Serrano Maíllo, 2022, p.132).

Por ello, esta última teoría tiene un gran peso en los internos con TMG y favorecen su proceso de rehabilitación.

Para empezar, el soporte social queda definido como el proceso de ayuda o acción de apoyo desarrollado por el tejido social orientado a personas que por una incapacidad funcional se ven impedidas por satisfacer sus necesidades (Pinilla Budría, 2015, p.110).

Estudios de Cassel y Cobb, ambos psiquiatras plantearon la importancia del apoyo social como papel central en el mantenimiento de la salud, facilitando conductas adaptativas en situaciones de estrés (Castro, Campero, Hernández, 1997, p.428).

“Se ha identificado la necesidad de estudiar el apoyo social no sólo a nivel individual, sino a nivel estructural y comunitario” (Castro, Campero, Hernández, 1997, p.433).

Las propias características de las personas con TMG suponen diferentes desventajas y en ocasiones, la incapacidad de la persona para satisfacer por sí misma sus necesidades materiales y emocionales. De modo que es necesario que su entorno social colabore en su proceso de integración para prevenir situaciones de estigmatización y marginación social (Pinilla Budría, 2015, p.110).

Uno de los motivos que justifican la importancia del apoyo social en relación con el TMG, es la necesidad de que el tejido social funcione de manera integrada y coordinada para prevenir el riesgo constante de recaída de la persona (Pinilla Budría, 2015, p.111).

El apoyo social reduce las consecuencias negativas que la enfermedad produce tanto al paciente como a sus cuidadores, observándose menor riesgo de recaídas, específicamente cuando se tienen mayores habilidades sociales, por consiguiente, hay una disminución en la frecuencia de las hospitalizaciones, estabilidad sintomatológica y emocional y por ende calidad de vida favorable (Casanova-Rodas, Rascón-Gasca, Alcántara-Chabelas y Soriano-Rodríguez, 2014, p.444).

Las redes sociales no profesionales que contribuyen a la integración de la persona con TMG en la comunidad son (Pinilla Budría, 2015, p.111):

- Redes primarias de apoyo social
- Redes secundarias de apoyo social
- Asociaciones y grupos de ayuda mutua de familiares y usuarios
- Voluntariado social

Las redes primarias de apoyo social con las que cuenta un individuo están formadas entre otras por las

familia, siendo ésta la pieza importante capaz de brindar apoyo incondicional aun con las vicisitudes a que se ve sometida (Casanova-Rodas et al, 2014, p.444).

Por ello, es una tarea fundamental la creación de los apoyos sociales suficientes y adecuados para que el interno con TMG se integre de manera exitosa en la comunidad. Es en este momento cuando la figura del Trabajo Social, dentro de un equipo rehabilitador se hace necesaria para favorecer tanto la reinserción como la rehabilitación de la persona (Pinilla Budría, 2015, p.110).

De este modo, se ha dejado constancia que poseer unos vínculos sociales estables tanto en el cumplimiento de condena como en la salida a la comunidad resulta imprescindible para que la persona realice el proceso de desistimiento delictivo, llegando pues a reintegrarse de una manera más sencilla y con mayor éxito. Además, de que es fundamental que la persona experimente un cambio en su conducta, dejando de lado lo delictivo (Pinilla Budría, 2015, p.110).

Necesitamos tener apoyo social porque en función de la amplitud del mismo estará el bienestar social e individual del sujeto humano (Garcés y Durá, 1991, p.257).

2. MARCO LEGAL

2.1 Sistema Penitenciario Español

El Sistema Penitenciario hace referencia al conjunto de instituciones establecidas para el cumplimiento de las penas sentenciadas judicialmente.

En las últimas décadas, el Sistema Penitenciario Español ha experimentado una transformación ligada al continuo avance de la sociedad como consecuencia de la aprobación de la Constitución Española de 1978. Esta normativa ha sido imprescindible para introducir profundos cambios, tanto en la legislación penal como en el tratamiento de los reclusos y en las condiciones de las prisiones (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2014, p.11).

Citando a Cullen y Gendreau, en el periodo posterior a la segunda guerra mundial, los sistemas penitenciarios siguen siendo clásicos respecto de la forma de lograr la rehabilitación –prevaleciendo ahora la trilogía: educación, formación y trabajo- pero se abren a nuevas concepciones más orientadas a la idea de tratamiento (Cid, 2021, p.5).

Este sistema queda regulado por un marco jurídico compuesto por la Constitución Española de 1978, la Ley Orgánica 1/1979 de 26 de septiembre General Penitenciaria (LOGP), el Reglamento Penitenciario 190/1996 de 9 de febrero y sus modificaciones posteriores y el Código Penal de 1995.

Así pues, uno de los objetivos del sistema penitenciario no consiste sólo en garantizar el cumplimiento de las penas impuestas por los jueces, sino también en ofrecer una función rehabilitadora a los reclusos de modo que se les prepare para la adecuación a una vida en libertad. (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2014, p.14).

De acuerdo con el artículo 1 de la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria, «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 (...)» (Ley Orgánica 1/1979).

Uno de los principios a destacar es el principio de individualización, de forma que se tenga en valor las características y situación penal personal del recluso, entendiendo que cada persona tiene una serie de circunstancias y problemas.

Por ello, en el sistema penitenciario existen diferentes tipos de centros destinados al internamiento que mejor se adecua al recluso:

Los Centros Penitenciarios Ordinarios destinados a una reclusión permanente en medio cerrado, cuyo funcionamiento se asemeja al de una pequeña ciudad autosuficiente. Encontramos zonas de trabajo, de actividades, zonas comunes y residenciales, etcétera.

Los Centros de Inserción Social (CIS) destinados a “internos que cumplen su pena en Régimen Abierto, que

se encuentran en un proceso avanzado de reinserción o penas alternativas que no exigen el ingreso en prisión” (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2014, p.24). La ubicación de estos centros se encuentran en la comunidad, próximos a entornos sociales que resultan conocidos para los individuos con el fin de que tomen contacto previo antes de recuperar la libertad total.

Las Unidades Dependientes, constituyen otro de los recursos empleados para el cumplimiento de las penas en medio abierto, puesto que se tratan de instalaciones residenciales ubicadas en núcleos urbanos. Se dirige mayormente a mujeres y hombres sin vínculos familiares. (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2014, p.27).

Las Unidades de Madres situadas en Sevilla, Mallorca y Madrid que albergan a las mujeres que cumplen condena con hijos menores de tres años con el fin de proporcionar un mejor ambiente para los primeros años de vida de los menores.

Otro tipo de centro son los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios destinados a personas que han sido exentos de responsabilidad criminal debido a ser diagnosticados por un trastorno mental tal y como recoge el artículo 20 del Código Penal. En estos centros predomina la función asistencial, coordinada por un equipo multidisciplinar que son los encargados de garantizar el proceso de rehabilitación del interno conforme al modelo de intervención biopsicosocial. (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2014, p.26).

Asimismo, en el artículo 183 del Reglamento Penitenciario 190/1996 aprobado el 9 de febrero, se define el concepto de establecimientos o Unidades Psiquiátricas penitenciarias como aquellos centros especiales destinados al cumplimiento de las medidas de seguridad privativas de libertad aplicadas por los Tribunales correspondientes (Reglamento nº 190/1996).

Sin embargo, estos internamientos sólo pueden ser posibles en los dos únicos hospitales psiquiátricos penitenciarios de España, uno situado en Sevilla y otro en Valencia, los cuales cuentan con una capacidad muy reducida. De esta forma, encontramos que la mayoría de los individuos diagnosticados con TMG ingresan en centros penitenciarios ordinarios.

2.2 La enfermedad mental y su regulación en la ley

Con referencia a la enfermedad mental, ésta queda regulada en el Código Penal, en el que se recoge la responsabilidad criminal de las personas con enfermedad mental, las medidas de seguridad a aplicar, así como su lugar.

Según el artículo 20 CP, «Están exentos de responsabilidad criminal: 1.º 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» (Ley Orgánica 10/1995).

Seguidamente, en dicha normativa se distinguen entre medidas de seguridad privativas y medidas de seguridad no privativas de libertad. Según el artículo 96.2 CP, «Son medidas privativas de libertad: 1.ª El internamiento en centro psiquiátrico» (Ley Orgánica 10/1995).

De acuerdo con el artículo 101.1 CP, «Al sujeto que sea declarado exento de responsabilidad criminal conforme al número 1.º del artículo 20, se le podrá aplicar, si fuere necesaria, la medida de internamiento para tratamiento médico o educación especial en un establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie (...)» (Ley Orgánica 10/1995).

3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y METODOLOGÍA

3.1 Hipótesis

Las personas con Trastorno Mental Grave carecen de apoyo institucional y social tras su salida de prisión.

3.2 Objetivos

Para realizar esta investigación se han planteado una serie de objetivos generales y objetivos específicos:

El objetivo general consiste en dar a conocer la situación de escaso apoyo de los presos con Trastorno Mental Grave una vez cumplen condena, percibida por distintos profesionales.

Respecto a objetivos específicos encontramos:

- Identificar necesidades de este colectivo a través de entidades sociales, profesionales del Trabajo Social, Psicología, entre otros...
- Identificar recursos con los que cuentan estas personas
- Conocer la percepción de los profesionales del Centro Penitenciario de Zuera sobre el sistema penitenciario y la situación en la que se encuentran dichas personas
- Conocer la opinión de los profesionales en relación a los aspectos a mejorar en este ámbito

3.3 Delimitación del ámbito de la investigación

En este apartado, se expone la población objeto de estudio delimitada en un ámbito geográfico y temporal concreto.

La población objeto de estudio está constituida por los distintos profesionales que han sido considerados clave en el proceso, tanto de entidades, como de Unidades de Salud Mental (en adelante USM) y distintas profesiones.

Dicha población consta de 8 personas: tres Trabajadoras Sociales, dos Psicólogos, un Acompañante Terapéutico, una Subdirectora de Tratamiento y un Médico.

Respecto al ámbito geográfico, nos encontramos en la ciudad de Zaragoza, España, pudiendo establecer distintas zonas según donde tengan lugar las entrevistas. El ámbito geográfico se encuentra en la provincia de Zaragoza, puesto que las entrevistas se producen tanto dentro como fuera de la capital, según la entidad o institución a la que pertenezca la persona.

Por último, el ámbito temporal se enmarca en el tiempo que ha durado dicha investigación, la cual se ha llevado a cabo entre los meses de enero y junio de 2023, durante el 2º Cuatrimestre del cuarto curso del Grado de Trabajo Social.

Con referencia a la metodología, se trata de una investigación descriptiva, cuyo objetivo recae en plantear cómo es en un determinado momento la realidad social o una parte de ella (Alvira Martín, 1992, p.65).

Se trata de una investigación con carácter transversal debido a la recogida de información en un único

momento del tiempo, de enero a junio de 2023. Según las fuentes empleadas, se trata de una investigación mixta, puesto que se parte de información de carácter primario y de carácter secundario.

Según las técnicas empleadas, ha existido un continuo entre una perspectiva interpretativista y una perspectiva positivista.

Respecto a la perspectiva interpretativista, cabe destacar que asume “la existencia de realidades múltiples, con diferencias entre ellas que no pueden resolverse a través de procesos racionales o aumentando los tamaños muestrales” (Valles, 1999, p.53). Mientras que el positivismo, asume una sola realidad objetiva, sujeta a las leyes universales de la ciencia y manipulable mediante procesos lógicos (Valles, 1999, p.53).

Una de las técnicas utilizadas y que ha sido fuente de información es la entrevista. Se trata de una técnica cualitativa, habiendo empleado entrevistas semiestructuradas como herramienta para la consecución de uno de los objetivos, conocer la perspectiva de los profesionales del Centro Penitenciario de Zuera, así como entrevistas a profesionales de distintas entidades sociales para la consecución del primer objetivo, dar a conocer la situación de desamparo de los presos con TMG en su salida de prisión a través de la percepción de los profesionales. A través de estas entrevistas se ha logrado obtener información imprescindible para el desarrollo de la presente investigación.

4. RESULTADOS

En este apartado se presenta el análisis del discurso de los distintos profesionales entrevistados, todos con conocimientos de salud mental y cercanos a los internos con TMG de prisión, por lo que su información ha sido clave.

En relación con el *escaso apoyo* que pueden tener los internos con TMG, todos los entrevistados afirman que esta situación se produce, manifestando que el poco apoyo hacia estas personas tras la salida de prisión es una realidad.

De acuerdo con el psicólogo de ASAPME, “Sí que existe poco apoyo ya que los internos con TMG son más vulnerables y no tienen recursos suficientes de subsistencia por lo que eso los lleva a delinquir” (Psicólogo de ASAPME, 2023).

La Trabajadora Social del Centro Penitenciario de Zuera expone: “Sí creemos que los internos con TMG están abandonados y se encuentran sin ningún tipo de apoyo social e institucional (Trabajadora Social de Zuera, 2023).

Según la Subdirectora de Tratamiento del Centro Penitenciario de Zuera, “no existe ningún tipo de seguimiento, una vez salen por la puerta no tenemos vinculación con ellos. Tampoco existe coordinación con las Unidades de Salud Mental ni con otras instituciones. No existe ningún tipo de medida” (Subdirectora de Tratamiento de Zuera, 2023).

Asimismo, “se trata de un problema social porque no hay recursos institucionales para personas con TMG. No existen suficientes hospitales psiquiátricos donde cumplan condena, viendo un menor apoyo para estas personas en los centros penitenciarios ordinarios” (Subdirectora de Tratamiento, 2023).

Estas personas deberían tener como medida urgente la derivación desde que salen para no perderlos, se han pasado años en una institución que les aleja de la realidad y, además, sufren un trastorno mental por lo que es imprescindible la inmediatez de la cita en psiquiatría (Trabajadora Social de Zuera, 2023).

A través de las entrevistas, se ha comprobado que el procedimiento para adquirir una cita en psiquiatría se realiza de manera normalizada, es decir, las derivaciones a las Unidades de Salud Mental deben ser remitidas desde Atención Primaria. El inconveniente de este proceso son las largas listas de espera, entendiendo que las personas internas con TMG que salen de prisión se encuentran en una situación de vulnerabilidad y requieren de inmediatez dada su desconexión con la comunidad (Trabajadora Social de 2 A vía, 2023).

Según el Acompañante Terapéutico de 2 A vía, “Si desde dentro de prisión se hiciese una derivación a las USM y tener un psiquiatra de referencia, trabajando desde dentro el enganche y la vinculación a la salida, habría más posibilidad de que acceso a la red de recursos” (Acompañante Terapéutico 2 A vía, 2023).

Además, el entrevistado del Centro de Inserción Social 13 Rosas (en adelante CIS 13 Rosas) mantiene que, “Sí existe escaso apoyo, desde el punto de vista social hay poca sensibilidad con los enfermos mentales que se judicializan (...) Las instituciones no son especialmente sensibles para dar solución a estas personas (Médico CIS 13 Rosas, 2023).

Respecto al perfil de estos internos, la mayoría de los profesionales hizo referencia a un perfil vulnerable, estigmatizado y con escasos recursos económicos y redes familiares deterioradas.

“En ocasiones, la familia se encuentra en la sombra, de modo que sí preguntan por el interno, pero sin que este tenga conocimiento de ello. Muchas familias prefieren que estén internos en prisión que en la propia calle” (Trabajadora Social de Zuera, 2023).

Según la Trabajadora Social de 2 A vía, el interno con TMG que predomina en prisión se caracteriza por ser varón de nacionalidad española con diagnóstico mayoritario de esquizofrenia y trastorno bipolar, ligado a un consumo de tóxicos.

Actualmente, según expone la Subdirectora de Tratamiento de Zuera durante la entrevista, también se están dando ingresos de jóvenes sin tratamiento psiquiátrico y con consumo de sustancias, así como extranjeros en situación de irregularidad, con Trastorno Mental Grave, consumo de drogas y en situación de sinhogarismo.

Cabe destacar, además, que varios profesionales son los que manifiestan el importante papel que realizan las asociaciones y entidades sociales en relación con el trabajo tanto dentro como fuera de prisión.

“Nosotros nos valemos por las asociaciones, de no ser por ellas, no habría nada. El PAIEM lo maneja fundamentalmente ASAPME y la intervención individual la realiza 2 a vía” (Subdirectora de Tratamiento de Zuera, 2023).

Según la Trabajadora Social de la Unidad de Salud Mental (en adelante USM) del Actur Sur, “lo que me encontraba en mi trabajo era que había que recurrir a asociaciones del tercer sector que lo que hacían era complementar como podían las faltas y dificultades de atención que presentaba la administración” (Trabajadora Social de USM, 2023).

Otro aspecto que destacan las personas entrevistadas, es la necesidad que tienen los internos con TMG de recursos específicos, apoyo familiar y de una mayor atención.

De acuerdo con el médico del CIS 13 Rosas:

En teoría, lo que dice la ley es que tienen que ir a un dispositivo adecuado, no implica para nada que sea una prisión, o un hospital penitenciario, o hospital psiquiátrico penitenciario, la práctica es que es muy difícil encontrar recursos de este tipo, incluso los recursos penitenciarios están saturados y para estas personas el problema es que se agrava mucho la situación dura que viven dentro de prisión (Médico CIS 13 Rosas, 2023).

Además, este mismo profesional expone que la enfermedad mental no se encuentra adecuadamente atendida (Médico CIS 13 Rosas, 2023).

“Estas personas tienen menos recursos que una persona sin TMG, además de menos habilidades sociales, menos apoyo familiar y, normalmente, menos formación. A veces, esto dificulta que no vuelvan a prisión” (Psicólogo ASAPME, 2023).

Según la Trabajadora Social de 2 A vía, “Una vez fuera se encuentran con el mismo apoyo y los mismos recursos que cualquier persona con enfermedad mental, que son insuficientes, faltan plazas, hay largas listas de espera (...)” (Trabajadora Social 2 A vía, 2023).

Asimismo, la Trabajadora Social de la USM Actur Sur manifiesta que debe haber una atención por un equipo completo de profesionales (Trabajadora Social USM Actur Sur, 2023).

En primer lugar, como se ha expuesto anteriormente, desde el punto de vista de los y las profesionales, los internos con TMG en su salida de prisión sí experimentan una situación de escaso apoyo social e institucional.

Existen varios motivos que incentivan esta situación: los recursos insuficientes, la falta de coordinación, el estigma y los prejuicios y la financiación.

Con referencia a los **recursos insuficientes**, a través de las entrevistas se ha observado que no existen recursos específicos adecuados que atiendan a las personas con enfermedad mental. Los recursos existentes, se caracterizan por la falta de plazas y largas listas de espera.

Siguiendo lo mencionado en el marco teórico y recordando a Mora (2007), no encontramos espacios comunitarios adecuados, como alternativa a un centro penitenciario ordinario para estos internos, agravando aún más su situación.

Respecto a la **falta coordinación**, podemos observar que es nula entre el centro penitenciario y los dispositivos asistenciales de la comunidad, impidiendo el necesario enganche de estos internos que han manifestado las personas entrevistadas. Esta nula coordinación entre profesionales y seguimiento tras la salida de estos internos hace entrever la situación de abandono que atraviesan una vez cumplen condena y deben enfrentarse a la realidad.

La mayoría de las personas entrevistadas han manifestado que es necesaria la coordinación profesional entre los distintos recursos para mejorar el estado en el que se encuentran los internos con TMG en su salida de prisión, observando que es una de las funciones más importantes de los equipos multidisciplinares.

Otro de los aspectos más repetidos durante las entrevistas tiene relación con el **estigma y los prejuicios** que sufren las personas con TMG en su salida de prisión.

Dicho colectivo se encuentra doblemente discriminado al padecer una enfermedad mental y haberse visto sometidos a un proceso judicial, tal y como expuso el médico del CIS 13 Rosas (2023). Este estigma dificulta el proceso de reinserción, y retomando a Pinilla Budría (2015), el apoyo del entorno social es esencial para paliar las situaciones de estigmatización y marginalización.

Asimismo, la **financiación** es otro factor que contribuye al escaso apoyo, puesto que, según las entrevistas, con unas partidas económicas se resolverían muchos aspectos. No obstante, también es conveniente una redistribución, puesto que se ha observado que el dinero destinado se dedica a otros fines.

En segundo lugar, se han detectado una serie de **necesidades** entre los internos con TMG entre las que encontramos, el apoyo familiar, la adherencia a servicios, la formación y la mayor atención.

Como se expuso en el marco teórico a través de Casanova-Rodas et al (2014), el **apoyo familiar** es fundamental para reducir las consecuencias negativas de la enfermedad mental y favorecer tanto la reinserción como la rehabilitación social de la persona con TMG.

A través de las entrevistas, se ha podido corroborar que los internos en prisión con TMG poseen normalmente una débil red familiar, siendo el apoyo familiar clave para la mejora o agravamiento de la situación, tal y como expuso el médico del CIS 13 Rosas (2023).

De este modo, de acuerdo con el marco teórico de este trabajo, la teoría del apoyo social estaría fuertemente relacionada con el proceso de rehabilitación de estas personas.

Así pues, varios profesionales han manifestado la **falta de adherencia** tanto a los servicios como al tratamiento, lo que dificulta también el trabajo con ellos y la rehabilitación, puesto que no dan tanta importancia a la atención socio terapéutica sino a cubrir necesidades inmediatas. Además de que sin una adherencia al tratamiento la persona tenderá desestabilizarse con más frecuencia, impidiendo su rehabilitación y su desistimiento delictivo.

Respecto a la **formación**, cabe decir que se debe a que, tal y como expuso el representante de ASAPME (2023) supone una necesidad de cara a su regreso a la comunidad, puesto que la búsqueda de empleo es costosa habiendo pasado años en prisión.

Esta dificultad de empleo se puede relacionar con el perfil de las personas con TMG ya que como se comentó, suelen poseer una escasa cualificación, afectando aún más tras el internamiento en prisión y el distanciamiento con la comunidad.

Con relación a una **mayor atención**, se ha podido entrever que es un problema principal que causa el escaso apoyo y que los profesionales entrevistados reivindican.

Esta falta de atención se debe, según se ha observado en las entrevistas, a la escasez de profesionales dentro de prisión y de la falta de formación específica que poseen los equipos multidisciplinares tanto fuera como dentro.

Tal y como expuso la psicóloga de Zuera (2023), no cuentan con un equipo multidisciplinar como tal, parte de los profesionales son voluntarios que suben ocasionalmente. Actualmente, no hay psiquiatras que intervengan con estos usuarios, la atención que reciben proviene de personas voluntarias que acuden de forma irregular al centro penitenciario, así como el personal médico próximamente va a desaparecer. Por ello, desde el punto de vista de los profesionales, estos internos se sienten en muchas ocasiones desatendidos.

Esta situación provoca un sentimiento de desconfianza respecto a los servicios públicos, motivo por el cual existe falta de adherencia a ellos. Tal y como expuso la Trabajadora Social de 2 A vía (2023), estos internos apenas reciben atención y comprensión, desconociendo cuándo reciben cita e incluso siendo ésta cancelada en el momento sin previo aviso.

Por último, se ha podido conocer el **funcionamiento** de cada una de las entidades o servicios entrevistados.

Como se ha expuesto anteriormente, el Centro Penitenciario de Zuera atiende fundamentalmente a los internos con TMG a través de dos entidades: ASAPME y 2 A vía.

Desde 2 A vía, se realizan intervenciones individuales de una hora de duración con frecuencia semanal, trabajando desde el acompañamiento terapéutico y fortaleciendo el vínculo entre profesional y usuario (Acompañante terapéutico 2 A vía, 2023).

Mientras que ASAPME, realiza las intervenciones grupales una vez a la semana a través del PAIEM, realizando la detección y diagnóstico de los internos con posibilidad de padecer una enfermedad mental y posteriormente, con actividades de psicoeducación y habilidades sociales (Psicólogo ASAPME, 2023). No debemos olvidar que, como se ha visto en las entrevistas, el diagnóstico y, por consiguiente, la entrada en el PAIEM es de carácter voluntario, observando que el número de internos con TMG diagnosticado y dentro del programa es muy reducido en relación con la prevalencia de enfermedad mental en prisión.

Seguidamente, desde el CIS 13 Rosas tratan de integrar a estos internos en la comunidad, haciendo una priorización de los perfiles más favorables y trabajando en la adherencia a los servicios sanitarios y comunitarios, además de intervenir desde el programa puente extendido (Médico CIS 13 Rosas, 2023).

Por último, la USM Actur Sur trabaja en coordinación con entidades como ASAPME, quien hace de nexo entre la prisión y la comunidad y satisfaciendo las necesidades que el interno pueda demandar como alojamiento, situación laboral, etcétera. No obstante, actualmente la Trabajadora Social no interviene con ningún caso que provenga de prisión.

Como podemos observar, cada servicio tiene su manera de trabajar, aunque todos persiguen unos objetivos comunes tales como combatir el estigma, la marginalización, así como conseguir reintegrar a estas personas en la comunidad, apoyándolos y tratando de evitar su reincidencia.

5. CONCLUSIONES

En base a la problemática principal de este trabajo, podemos argumentar que la investigación ha servido para lograr concluir que la situación de los internos con trastorno mental tras el cumplimiento de condena no es la que más favorece su mantenimiento en la comunidad, observando que poseen escaso apoyo social e institucional.

Todos los factores que contribuyen a esta problemática podrían ser paliados si existiera un interés general, así como recursos económicos que pusieran en marcha distintas estrategias y soluciones.

Entre las posibles propuestas de mejora se encuentran, la creación de recursos específicos para personas con TMG con capacidad de respuesta y atención suficiente y de equipos profesionales completos y con especialización específica en este campo.

Asimismo, se ha comprobado la importancia que tiene la coordinación entre los dispositivos asistenciales para realizar una buena intervención por lo que es imprescindible que exista una comunicación entre el sistema penitenciario y los recursos de salud mental y comunitarios con el fin de ofrecer una mejor respuesta a los internos con TMG.

De este modo, recordando el marco teórico, “La ausencia de medidas de coordinación entre redes asistenciales dificulta el proceso de reinserción del enfermo en el ambiente social, y promueve el continuo reingreso de los enfermos en prisión” (Sánchez Bursón, 2001, p.145).

En relación con esta coordinación, encontramos también la importancia de la prevención, detección y tratamiento temprano ya que muchos de los internos son diagnosticados por primera vez en la institución penitenciaria. Una buena intervención en prisión facilitará el proceso de reintegración de dichos internos en su salida a la comunidad.

Así pues, otra mejora tiene relación con la importancia de intervenir desde un enfoque integral y multidisciplinario que intervenga de manera directa en las necesidades específicas de los internos con TMG. Sobre todo, implicando a la persona en su proceso rehabilitador, puesto que se trata de personas que como hemos visto, cuentan con escasas herramientas y recursos para hacer frente su nueva realidad.

Para ello, conviene crear equipos completos de profesionales tanto dentro como fuera de prisión, tal y como se ha expuesto anteriormente en los resultados. De acuerdo con el marco teórico, el protocolo de 2013 recomienda la colaboración de las entidades locales, pero sin delegar las responsabilidades de las actividades del PAIEM (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2013, p.6). Así pues, podemos ver como hay una contradicción entre lo escrito y la realidad, pues actualmente, en el Centro Penitenciario de Zuera esta recomendación no se llega a alcanzar.

De acuerdo con lo expuesto en el marco teórico y haciendo referencia a Arroyo-Cobo (2011), “hacer frente a las necesidades que plantean estos enfermos en prisión, es un problema que no está resuelto adecuadamente en ningún país europeo”. (Arroyo-Cobo, 2011, p.103).

Además, la lucha contra el estigma a través de la sensibilización tanto de profesionales como de la sociedad ya que tal y como expuso el representante del CIS 13 Rosas (2023), "Contra el estigma, lo único que funciona es el conocimiento" (Médico CIS 13 Rosas, 2023).

Se debe apostar por la salud mental de la sociedad, puesto que a pesar de que existe una mayor concienciación, no se destinan los suficientes recursos tanto materiales como económicos para paliar la que será la principal causa de discapacidad en el mundo, según la Confederación Salud Mental España (2019).

En definitiva, es imprescindible realizar cambios y mejoras con el fin de brindar el apoyo a las personas con TMG en su salida del centro penitenciario, puesto que se encuentran abandonados y en situación de vulnerabilidad.

6. BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA

Alvira Martín, F. (1992). La investigación sociológica. En S. Del Campo (Eds) *Tratado de Sociología* (pp. 61- 94). Madrid: Taurus Ediciones.

Andréu Moreno, N. (2015). Personas con trastorno mental. Características, dificultades y necesidades. En M, Miranda Aranda (Coord.), *Lo social en la salud mental (I) Trabajo Social en Psiquiatría* (pp. 11-354). Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.

Arnaiz Muñoz, A., & Uriarte Uriarte, J. J. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de Salud Mental*, 6(26), 49-59. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830167>

Arnau Peiró, F. (2017). *Evaluación de aspectos sociodemográficos, clínicos y de tratamiento de personas privadas de libertad atendidas en una consulta psiquiátrica penitenciaria*. [Tesis Doctoral. Universidad CEU – Cardenal Herrera]. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=298444>

Aroca Fons et al. (s.f). *Intervención del/la trabajador/a social en las Unidades de apoyo de salud mental*. studylib.es. Recuperado de, de <https://studylib.es/doc/6711838/intervención-del-la-trabajador-a-social-en-las>

Arroyo-Cobo, J. M. (2011). Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 13(3), 100-111. Recuperado de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S157506202011000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Casanova-Rodas, L., Rascón-Gasca, M. L., Alcántara-Chabelas, H., & Soriano-Rodríguez, A. (2014). Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. *Salud Mental*, 37(5), 443-448. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDARTICULO=57066>

Castro, R., Campero, L., & Hernández, B.. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista De Saúde Pública*, 31(4), 425–435. Recuperado de: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000400012>

Castro-de Diego S., de Vicente-Colomina, A. (2019). La atribución causal y las creencias sobre los trastornos mentales en población general y psicólogos. Un estudio exploratorio. *Clínica y Salud*, 30(2), 81-90. <https://doi.org/10.5093/clysa2019a13>

Cid Moliné, J. (2021). Teorías del desistimiento: ¿un nuevo marco para el ideal rehabilitador? *Revista electrónica de ciencia penal y criminología*, 23, 18. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8202764>

Confederación Salud Mental España (2018). Los problemas de salud mental serán la principal causa de discapacidad en el mundo en 2030. Confederación Salud Mental España. Recuperado de: <https://consaludmental.org/notas-de-prensa/problemas-salud-mental-principal-discapacidad-mundo->

De Dios Sánchez, M., & Filardo Llamas, C. (2019). El Trabajo Social Penitenciario: un acercamiento teórico a la praxis de l@s trabajador@s sociales en los centros penitenciarios españoles. Documentos de trabajo social: Revista de trabajo y acción social, 62, 157-172. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7639716>

Director general de Instituciones Penitenciarias (1995). Circular 21/195, de 2 de agosto de 1995, sobre ordenación y funcionamiento de los Servicios Sociales Penitenciarios. Recuperado de: <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/legislacion/pdfestatal/c49.pdf>

Enfermedad mental - Síntomas y causas - Mayo Clinic. (s. f.). Recuperado de: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/mental-illness/symptoms-causes/syc-20374968>

Espinosa López, R., & Valiente Ots, C. (2017). ¿Qué es el Trastorno Mental Grave y Duradero? *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 16(1), 4-14. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7428605>

Facal Fondo, T. (2015). Contextualización del trabajo social penitenciario: situación actual. *Servicios Sociales y Política Social*, 109, 11-20. Recuperado de: <https://www.serviciosocialesypoliticassocial.com/contextualizacion-del-trabajo-social-penitenciario-situacion-actual>

Funciones Trabajo Social Instituciones Penitenciarias. (s. f.). Oposiciones.es. Recuperado de <https://oposiciones.es/oposiciones-trabajo-social-instituciones-penitenciarias/funciones/>

Garcés Ferrer, J., & Durá Ferrandis, E. (1991). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos. *International Journal of Social Psychology, Revista de Psicología Social*, 6(2), 257-271. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=111762>

Garcés Trullenque, E. (2015). El rol del trabajador social en salud mental. En M, Miranda Aranda (Coord.), *Lo social en la salud mental (I) Trabajo Social en Psiquiatría* (pp. 11-354). Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.

García, E. H. (2021). Enfermedad mental y prisión: análisis de la situación penal y penitenciaria de las personas con trastorno mental grave (TMG). *Estudios Penales y Criminológicos*, 41, 59-135. Recuperado de: <https://doi.org/10.15304/epc.41.7075>

González Méndez, G. (2020). Patología dual. Definición, historia y recursos. *Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 75, 81-96. Recuperado de: <https://doi.org/10.34810/EducacioSocialn75id368875>

Guía de Introducción a la Prevención de la Reincidencia y la Reintegración Social de Delincuentes. UNODC. *Guía de Introducción a la Prevención de la Reincidencia y la Reintegración Social de Delincuentes*. UNODC | *Revista Pensamiento Penal*. (s. f.). Recuperado 13 de marzo de 2023, de <https://www.pensamientopenal.com.ar/doctrina/41062-guia-introduccion-prevencion-reincidencia-y-reintegracion-social-delincuentesundoc>

Hernández, M. A., Trabajo Social Penitenciario y Postpenitenciario en *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, número 16 (1989), p. 68-74.

La salud mental en cifras – SID. (s. f.). Recuperado 23 de marzo de 2023, de <https://sid-inico.usal.es/noticias/la-salud-mental-en-cifras/>

Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria, nº Ley Orgánica 1/1979, 23180 (1979). Recuperado de: <https://www.boe.es/eli/es/lo/1979/09/26/1>

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, nº Ley Orgánica 10/1995, 33987 (1995). Recuperado de: <https://www.boe.es/eli/es/lo/1995/11/23/10>

López, M., & Laviana, M. (2007). Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave: Propuestas desde Andalucía. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 27(1), 187-223. Recuperado de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352007000100016

Manzanos Bilbao, C. (1998). Salir de prisión: la otra condena. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria Revista de servicios sociales*, 35, 10. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2698837>

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Portal Estadístico del SNS - Encuesta Nacional de Salud de España 2017. (s. f.). Recuperado 23 de marzo de 2023, de <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>

Miranda Aranda, M y Garcés Trullenque, E. (2015). El Trabajo Social en salud. Justificación y orígenes. En M, Miranda Aranda (Coord.), *Lo social en la salud mental (I) Trabajo Social en Psiquiatría* (pp. 11-354). Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.

Mora, I. (2007). Enfermos mentales en las prisiones ordinarias: un fracaso de la sociedad del bienestar. Situación de las personas con enfermedad mental en los centros penitenciarios. *Confederación Salud Mental España*. Recuperado de: <https://consaludmental.org/centro-documentacion/enfermos-mentales-prisiones-ordinarias/>

Muñoz, A. A., Uriarte, J. J. U. (2006). Estigma y enfermedad mental. *Norte de salud mental*, 6(26), 49-59. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830167>

Navarro Bayón, D., García-Heras Delgado, S., Carrasco Ramírez, O., & Casas Toral, A. (2008). Calidad de vida, apoyo social y deterioro en una muestra de personas con trastorno mental grave. *Psychosocial Intervention*, 17(3), 321-336. Recuperado de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592008000300008

Niño, A. C. N., Díaz M, D. C., & Ramírez N, L. F. (2017). Trastorno mental en el contexto carcelario y penitenciario. *Carta Comunitaria*, 25(143), 77–88. Recuperado de: <https://doi.org/10.26752/ccomunitaria.v25.n143.85>

Pallarés-Neila, J., Utrera-Canalejo, I. (2022). Salud mental y prisión, difícil encaje. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 42(141), 207-213. Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352022000100013

Pérez-Martínez, E., Hernández-Monsalve, M. (2022). Alternativas al encarcelamiento de las personas con problemas de salud mental: experiencias internacionales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 42(141), 251-267. Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352022000100016

Pinilla Budría, M^a. (2015). La rehabilitación psicosocial en Trabajo Social: la intervención en trastorno mental grave. En M, Miranda Aranda (Coord.), *Lo social en la salud mental (I) Trabajo Social en Psiquiatría* (pp. 11-354). Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.

Programa de Prevención de Psicosis. (s. f.). Recuperado 29 de mayo de 2023, de http://www.p3-info.es/view_article.asp?id=5&cat=1

Por qué la salud mental debe ser una prioridad al adoptar medidas relacionadas con el cambio climático. (s. f.). Recuperado 23 de marzo de 2023, de <https://www.who.int/es/news/item/03-06-2022-why-mental-health-is-a-priority-for-action-on-climate-change>

Pozuelo Romaguera, S. & García Barrachina, M. J. (2015). El papel del trabajo social en los Programas de Tratamiento Penitenciario. *Servicios Sociales y Política Social*, 109, 21-33. Recuperado de <https://www.serviciosocialesypoliticassocial.com/el-papel-del-trabajo-social-en-los-programas-de-tratamiento-penitenciario>

Prisiones Formación (2014). *El Sistema Penitenciario Español*. Recuperado de: <https://prisionesformacion.com/wp-content/uploads/el-sistema-penitenciario-espanol.pdf>

Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario, nº Real Decreto 190/1996, 5380 (1996). Recuperado de: <https://www.boe.es/eli/es/rd/1996/02/09/190>

Rodríguez López, M. (2019). *Efectos de la estancia en prisión. Revisión de las principales consecuencias que conlleva el paso por prisión en los internos*. Recuperado de: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/30846>

Ruiz, J. I. (2007). Síntomas psicológicos, clima emocional, cultura y factores psicosociales en el medio penitenciario. *Revista latinoamericana de psicología*, 39(3), 547-561. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2540756>

Sánchez Burson, J M^a. (2001). Los pacientes mentales en prisión. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 78, 139-153. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021157352001000200009&lng=es&tlng=e_s

Serrano Maíllo, A. (2023). El enfoque del apoyo social en Criminología: condiciones de progreso. *Anuario de Derecho Penal y Ciencias Penales*, 75(1). Recuperado de: <https://doi.org/10.53054/adpcp.v75i1.9692>

Valles Martínez, M. (1997). Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Recuperado de: <https://metodologiaecs.files.wordpress.com/2014/11/vallesmiguel-tc3a9cnicas-cualitativas-de-investigacic3b3n-social-1999.pdf>

Vivas Dañobeitia, J. (2021). *Trastorno mental grave y prisión: Prevalencia, perfil psicosocial y tratamiento*. [Trabajo Final de Máster, Universitat Jaume I]. Recuperado de https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/196065/TFM_2021_VivasJ.pdf?sequence=1

World Health Organization (WHO). (s. f.). Recuperado 23 de marzo de 2023, de <https://www.who.int/es>

Zabala Baños, M. C. (2015). *Prevalencia de trastornos mentales en prisión: análisis de la relación con delitos y reincidencia*. [Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=1>

ANEXOS

Tabla 1. Entrevistas realizadas y su modalidad

PROFESIONALES	ENTREVISTA	CÓMO SE HA REALIZADO
Subdirectora de Tratamiento en Zuera	SÍ	Presencial
Trabajadora Social en Zuera	SÍ	Presencial
Psicóloga en Zuera	SÍ	Presencial
Trabajadora Social en 2 A vía	SÍ	Presencial
Acompañante Terapéutico en 2 A Vía	SÍ	Vía telefónica
Trabajadora Social USM Actur Sur	SÍ	Presencial
Psiquiatra Escultor Palau	NO	
Psicólogo ASAPME	SÍ	Presencial
Médico CIS 13 Rosas	SÍ	Presencial
Enfermera en Zuera	NO	

I. Entrevista a profesionales del Centro Penitenciario de Zuera: Trabajadora social, Subdirectora de tratamiento, Psicóloga.

- **¿Cuál es el perfil de los usuarios con Trastorno Mental grave en prisión?**

Trabajadora Social: El perfil que predomina son usuarios con escasos recursos económicos y con redes familiares deterioradas a causa de las situaciones conflictivas que se suceden. En ocasiones, la familia se encuentra en la sombra, de modo que sí preguntan por el interno, pero sin que este tenga conocimiento de ello. Muchas familias prefieren que estén internos en prisión que en la propia calle. Además, el deterioro cognitivo que tienen les crea una situación de desamparo y mayor vulnerabilidad social.

En muchos casos, estas personas han entrado en prisión sin tomar la medicación correspondiente ni querer tomarla, sólo es de obligado cumplimiento si lo dictamina un juez. Hemos comprobado la diferencia entre quien toma medicación y quien no, son personas completamente diferentes, cuando existe una rutina de medicación se encuentra una estabilidad.

Subdirectora de Tratamiento: Los trastornos mentales que se observan con mayor prevalencia son el trastorno antisocial, el trastorno paranoide, el trastorno bipolar y las patologías duales. Existe un gran consumo de tóxicos, aunque el consumo de alcohol es mayor, relacionados con los trastornos mentales.

Actualmente, también se están dando ingresos de jóvenes sin tratamiento psiquiátrico y que consumen drogas, así como extranjeros sin papeles, con trastorno mental grave, consumo de drogas y que vivían de la indigencia. Estos casos me dan mucho miedo y me preocupan ya que, en muchas ocasiones, la fiscalía no acepta una tutela o los ingresos involuntarios.

Queremos intentar crear un programa para jóvenes con enfermedad mental debido a los numerosos ingresos que se están produciendo.

- **¿Se realiza algún tipo de seguimiento una vez cumplen condena? ¿Existe vinculación y coordinación con las Unidades de Salud Mental o con alguna institución?**

Trabajadora Social y Subdirectora de Tratamiento: No existe ningún tipo de seguimiento, una vez salen por la puerta no tenemos vinculación con ellos. Tampoco existe coordinación con las Unidades de Salud Mental ni con otras instituciones. No existe ningún tipo de medida.

Trabajadora Social: En el caso de los 3º grados, existen diferencias entre los internos sin Trastorno Mental Grave y los que sí están diagnosticados. Estos últimos cuando se les concede un permiso se les reduce la salida a tres días en vez de a seis y siempre se les exige que los esperen a la salida y los traigan de vuelta, que vayan acompañados.

- **¿Creéis que existe escaso apoyo institucional y social hacia los presos con TMG cuando salen del centro penitenciario? Si es así, ¿Por qué?**

Trabajadora Social: Como habrás podido notar al haberte respondido a otras preguntas, sí creemos que los internos con Trastorno Mental Grave están abandonados y se encuentran sin ningún tipo de apoyo social e institucional. Las derivaciones a las Unidades de Salud Mental son muy complicadas porque tiene que ser el médico de atención primaria el que derive a atención especializada, donde luego las citas en psiquiatría se demoran

meses.

Estas personas deberían tener como medida urgente la derivación desde que salen para no perderlos, se han pasado años en una institución que les aleja de la realidad y, además, sufren un trastorno mental por lo que es imprescindible la inmediatez de la cita en psiquiatría.

Tampoco se puede derivar a un centro específico con el fin de que realicen talleres durante el tiempo que esperan a la consulta porque la derivación tiene que pasar por Comisión de Ingresos primero. Se necesitan plazas específicas. Se vende una realidad que no es, maquillándola, pero realmente lo que se vive aquí es duro y crudo.

Han llegado a venir personas del salud y políticos para conocer la situación, nos han escuchado, hemos comunicado las deficiencias, pero no han actuado.

Subdirectora de Tratamiento: Considero que las instituciones van muy lentas, hay interés, pero cuesta. Esta falta de apoyo tiene consecuencia en la falta de coordinación, concienciación y falta de profesionales. Existen leyes, pero que van por detrás de la necesidad social.

A veces la fiscalía no nos ha concedido una tutela o un ingreso involuntario para casos más fuertes que lo requieren. Y ahora que todas las tutelas pasan a ser curatelas, me parece una contradicción teniendo internos como los que tenemos.

Otra razón es el tema económico, que es fundamental, puesto que se dedica para otros fines.

Se trata de un problema social porque no hay recursos institucionales para personas con TMG. No existen suficientes hospitales psiquiátricos donde cumplan condena lo cual supone un problema ya que estas personas no están igual de apoyadas en un centro penitenciario ordinario.

- **¿Cómo se estructura aquí el PAIEM? ¿Los internos con TMG tienen asignado un tutor tal y como se expone en el protocolo?**

Subdirectora de Tratamiento: El tutor que se les asigna, en caso de que lo necesiten, es otro interno con capacidad para guiar a su compañero, que conoce las normas y el funcionamiento y suele funcionar muy bien.

Nosotros nos valemos por las asociaciones, de no ser por ellos, no habría nada. El PAIEM lo maneja fundamentalmente ASAPME, ellos se encargan de realizar la valoración diagnóstica a los internos que pueden y quieren ser diagnosticados con una enfermedad mental. Algunos no quieren valorarse, como hemos dicho, es de carácter voluntario, así que es mayor el número de personas con enfermedad mental que no se encuentra en este programa. Además, a través de ASAPME se realiza una actuación grupal.

Por otro lado, 2 A Vía realiza los acompañamientos individuales a determinados internos.

- **¿Cómo se trabaja con ellos?**

Trabajadora Social: Como hemos dicho, la forma de trabajar es tanto grupal como individual a través de las dos asociaciones que vienen al centro. Nosotros no tenemos un equipo multidisciplinar específico que intervenga con salud mental.

Otra cosa a destacar, es el tema de las normas, existen reglas que todos deben cumplir y si no se implantan

sanciones. Sin embargo, se hacen excepciones y se establecen criterios de valoración ya que entendemos que una persona diagnosticada con un trastorno mental no puede cumplir del mismo modo ciertas normas.

Psicóloga: Intentamos organizarnos como podemos y sacar algún hueco para verlos, aunque sean cinco minutos. A veces no me veo segura de realizar correctamente una intervención, considero que no tenemos formación específica en salud mental ni nosotros como profesionales ni los usuarios.

- **¿Cuál es vuestro papel como profesionales y cuántos formáis el equipo?**

Psicóloga: No hay equipo multidisciplinar para salud mental, aunque nos encontramos dos psicólogas, la trabajadora social, médicos voluntarios...

Entre los profesionales existe una división de módulos, yo me encargo por ejemplo del módulo de enfermería, del módulo de respeto, encabezo las reuniones, solicito el grado de discapacidad de los internos.

Subdirectora de Tratamiento: No hay psiquiatras, siempre venía uno de forma irregular de manera voluntaria, desde 1989 aproximadamente no hay un psiquiatra en prisión, y ahora los médicos también están desapareciendo porque se jubilan en junio. Los que vienen son voluntarios.

- **¿Existe alguna entidad que se dedique a la salud mental en el programa puente?**

Actualmente, este programa está parado, desde la pandemia se dejó de hacer y aún no se ha retomado.

II. Entrevista a profesionales de 2 A vía: Trabajadora social y Acompañante Terapéutico

- **¿Cuál es el perfil de los usuarios con Trastorno Mental grave en prisión?**

Trabajadora Social: Son fundamentalmente hombres con diagnósticos mayoritarios de Esquizofrenia y trastorno bipolar, ligado a un consumo de tóxicos. De los 7 que vemos tres son extranjeros. Por lo general, poseen todos bajos ingresos económicos.

- **¿Creéis que existe escaso apoyo institucional y social hacia los presos con TMG cuando salen del centro penitenciario? Si es así, ¿Por qué?**

Trabajadora Social: Una vez fuera se encuentran con el mismo apoyo y los mismos recursos que cualquier persona con enfermedad mental, que son insuficientes, faltan plazas, hay largas listas de espera... Pero además de por la enfermedad, se añade el estigma por haber cumplido condena. En cuanto al apoyo institucional, dejan de pertenecer al Ministerio del Interior por lo que no pueden seguir trabajando con ellos.

Acompañante Terapéutico: Si desde dentro de prisión se pudiese hacer una derivación a las Unidades de Salud Mental y tener un psiquiatra de referencia, trabajando desde dentro el enganche y la vinculación a la salida, habría más posibilidad de que pudiesen acceder a la red de recursos de salud mental, ya sea un piso supervisado, un Equipo de Apoyo Social Comunitario...

Es importante que durante la estancia en prisión y la salida, no haya un corte en la intervención y se acompañe a la persona en el proceso de reincorporación social. En ese sentido, desde nuestra intervención, vamos a procurar que así sea.

- **¿Cómo trabajáis con ellos desde vuestra intervención?**

Acompañante Terapéutico: Trabajamos desde el Acompañamiento Terapéutico, a través del vínculo. En coordinación con el equipo del PAIEM. Los vemos una vez a la semana durante una hora. También hacemos supervisión individual de los casos.

Trabajadora Social: Nos planteamos objetivos e intervenciones, pero muchos días hay que intervenir sobre lo que ha ocurrido desde la última cita, ha podido haber un conflicto y la persona está en aislamiento... no sabes con lo que te puedes encontrar, así que cada día vamos adaptándonos a lo que nos encontramos sin perder de vista los objetivos, que pueden por supuesto ir variando.

III. Entrevista Médico del Centro de Inserción Social 13 Rosas

- **¿Cuál es el perfil de los usuarios con Trastorno Mental grave de los que ves?**

En el medio penitenciario, llegan enfermos que han sido condenados por cometer un delito y se les han considerado imputables como inimputables. Cuando el enfermo es considerado imputable y el delito implica una pena de privación de libertad, nosotros trabajamos con ese enfermo, teniendo en cuenta que debería estar estabilizado, conservando sus facultades cognitivas, etc teniendo que cumplir una pena igual que alguien que no lo está.

Son personas generalmente con una enfermedad muy grave, muy avanzada y que se encuentran estigmatizadas ante la sociedad. El delito se ha cometido porque no estaban bien atendidos en la comunidad.

- **¿Crees que existe escaso apoyo institucional y social hacia los presos con TMG cuando salen del centro penitenciario? Si es así, ¿Por qué?**

Si, desde el punto de vista social hay poca sensibilidad con los enfermos mentales que se judicializan. En el momento que se judicializan quedan estigmatizados, como personas peligrosas de las que hay que huir y que no merecen acceder a los recursos que el resto de las personas podrían tener.

Son personas más vulnerables, sin casi recursos para su atención, sin apoyo.

Las instituciones no son especialmente sensibles para dar solución a estas personas, solo por el hecho de que están judicializadas.

Existe una falta de recursos importante, listas de espera largas, gran demanda de asistencia. La enfermedad mental está mal controlada y atendida, queda mucho por hacer. Insisto en que es un problema de atención, puesto que las personas con TMG bien atendidas no suelen tener tendencia a delinquir.

- **¿Cómo trabajáis con ellos desde vuestra intervención? ¿Dificultades que se presentan al trabajar con ellos?**

En teoría, lo que dice la ley es que tienen que ir a un dispositivo adecuado, no implica para nada que sea una prisión, o un hospital penitenciario, o hospital psiquiátrico penitenciario, puede ser cualquier psiquiátrico. ¿Por qué no van aquí? Porque están estigmatizados, no hay plazas suficientes, es muy difícil un recurso para ellos. Por eso, la última institución responsable del cumplimiento de sentencia es la que se tiene que encargar de crear estos recursos, que al final no son más que hospitales, pero dependientes de la institución penitenciaria. Y esto es lo que en teoría dice la ley con las personas con enfermedad mental que se judicializan.

En la práctica, es muy difícil encontrar recursos de este tipo, incluso los recursos penitenciarios están saturados y para estas personas el problema es que se agrava mucho la situación dura que viven dentro de prisión.

Entra el inconveniente de que el tribunal va a estar pendiente de que se cumpla la sentencia, porque esta no es más que la obligación para las administraciones de que el enfermo reciba tratamiento y como los recursos son escasos, va a ser más complejo, más largo, de menor calidad y titulado por un tribunal. Por eso, hay más complicaciones para seguir un procedimiento estrictamente terapéutico, como, por ejemplo, las necesidades de que ingresen en un recurso por un tiempo determinado, obligación de la administración de mantener a ese enfermo a disposición judicial y, por lo tanto, privado de libertad, aunque probablemente por la evolución de su clínica no fuera necesario.

Lo que intentamos en prisión es revertir aquellos casos que tienen perfil muy parecido a personas con TMG en comunidad y sacarlos del ambiente penitenciario a dispositivos asistenciales de la comunidad, que les va a permitir estar en su entorno y tener más posibilidades de rehabilitación que en un medio cerrado.

Durante la condena, nos aseguramos de que haya igualdad de tratamiento que las personas que no están en prisión, es decir con revisiones por atención primaria y atención especializada. Los que no son imputables, la condena realmente consiste en que se le trate de su enfermedad, no es en realidad un castigo si no una medida de seguridad para que no reincida.

Además, ante una sociedad con recursos insuficientes es necesario hacer una priorización. Nosotros priorizamos los perfiles más favorables y tratamos de luchar contra el estigma, hablar con entidades que trabajan fuera y dentro de prisión porque son más conocedores de la situación. Hay que evitar la marginalización.

Insistimos en utilizar los circuitos convencionales de la administración, a través de Atención Primaria y especializada para que sean atendidos como cualquier ciudadano y a partir de ahí, insistiendo en la coordinación entre administraciones para que estas personas logren entrar en este círculo. Sí que se consigue, pero hay que ser muy proactivo, elegir bien los perfiles, seguir la evolución del itinerario de lo que el enfermo va a necesitar. Hablar con especialistas, con entidades, para asegurarnos de que no hay ningún problema con esa persona y no hay estigmatización.

También trabajamos a través del programa puente extendido. Estaba paralizado porque desafortunadamente no había nadie que se dedicara a él, pero yo puedo dedicarme más a menudo y está funcionando. Hay dos fases, dos tipos de intervención.

La primera, dedicada a personas condenadas a delitos menores que no tienen privación de libertad y que tienen TMG, son intervenciones que sustituyen a los trabajos en beneficios de la comunidad. Se hace una detección de estas personas, se les propone un cambio en la pena por un programa terapéutico que busca la conciencia de enfermedad, enganche del enfermo con servicios de salud ya que están en la comunidad.

Nos ponemos en contacto con las Unidades de Salud Mental para que sean conscientes de que está en contacto con la administración de justicia y tiene una pena por cumplir y, además, se ha colocado en riesgo de reincidencia si no sigue el programa. Se conciencia al enfermo para que sea responsable de seguir el tratamiento y de que si hay una reincidencia la pena va a ser más severa, pudiendo implicar una privación de libertad con todos los inconvenientes que genera para el enfermo.

El objetivo fundamental es apartarlos de la vía penal y ofrecerles una alternativa asistencial en un dispositivo comunitario. El puente va de fuera a dentro: detección temprana y derivación a dispositivo asistencial.

Y de dentro a fuera: personas que van a salir, proponerles un espacio intermedio de control donde se les facilita el enganche con servicios de salud y aquello que necesitan para su rehabilitación. Si necesitan documentación, asesoramiento laboral o cualquier tipo de recurso.

Va destinado tanto a personas que están en dispositivo psiquiátrico penitenciario o no penitenciario, pero cumpliendo una pena o medida de seguridad como aquellas que están privadas de libertad, pero con TMG.

- **¿Crees que se cumplen los objetivos de este programa?**

Creemos que se cumplen los objetivos. Hay un porcentaje, que a pesar del estigma hacia las personas con TMG judicializadas, tienen el mismo perfil que aquellos que no están judicializados, ese perfil sí que se consigue reinsertar y se les da facilidades para que se rehabiliten. Mismo enfermo que hay en la comunidad.

Otros más prisionizados, más crónicos, menor conciencia de enfermedad, más rechazo al tratamiento o que no funciona es más difícil que se puedan reinsertar y normalmente hay reincidencia.

- **¿Cómo crees que se podría mejorar la situación en la salida de estos internos?**

Hay que dar a conocer este problema con más detalle tanto a sociedad como a profesionales de USM. Debe haber una preparación específica a los profesionales que se van a ocupar de estas personas. Contra el estigma lo único que funciona es el conocimiento.

No todos los perfiles son iguales, hay que saber identificar perfiles más refractarios, pero también los susceptibles a cambio; realizar un mapa de recursos para saber a qué institución le corresponde el recurso más adecuado según el perfil. Necesaria coordinación, si no hay es imposible encontrar el recurso adecuado.

Si no se detecta al enfermo y no se le trata, en algún momento de la evolución de su enfermedad va a cometer un delito. La manera de resolver esto no es fácil, pero no es un enigma, se sabe cómo se debe resolver esto. Hace falta recursos, coordinación y formación.

IV. Entrevista Trabajadora Social USM Actur Sur

- **¿Cuál es el perfil de los usuarios con Trastorno Mental Grave de los que ves?**

Normalmente, presentan una patología dual, donde coexisten trastorno mental y trastorno por consumo de tóxicos. Mayormente varones de mediana edad con varios ingresos en centros relacionados con acumulación de sanciones, multi entradas en prisión. Son personas muy vulnerables que necesitan una recompensa por su asistencia, algo inmediato. Escaso apoyo familiar y familias agotadas por las dificultades de convivencia.

Muchos de ellos, han sido diagnosticados en prisión, no parten de la red de salud mental como pacientes atendidos, sino que es en su paso por prisión cuando se hace el diagnóstico y tratamiento. Por eso, al alta tienen poca percepción de que necesiten continuar con esto. Con ese tipo de personas es muy difícil el trabajo en prisión, están entrando y saliendo y desde el exterior también.

- **¿Crees que existe escaso apoyo institucional y social hacia los presos con TMG cuando salen del centro penitenciario? Si es así, ¿Por qué?**

Por supuesto que lo creo. Yo en mi trabajo de adicciones, lo que me encontraba era que había que recurrir a asociaciones del tercer sector que lo que hacían era complementar como podían las faltas y dificultades de atención que presentaba la administración.

Muchas veces, estas asociaciones poseen una excesiva burocracia y poca atención centrada en la persona, parece más una prolongación de lo judicial. Existen pocas posibilidades de los profesionales de hacer un trabajo centrado en la persona, con la variedad de situaciones que se dan.

Además, los recursos específicos son insuficientes, tendría que haber una atención por un equipo completo. El apoyo de entidades está muy bien, pero debe ser más completo y que fuera específico para esto.

El resto de los servicios de la comunidad, creo que somos poco sensibles a este tipo de perfiles. El estigma entre profesionales es muy grande y enseguida agotamos las posibilidades de trabajo con ellos. Se les trata como el ex carcelario que son. Para ellos, es durísimo la readaptación, en ocasiones se la juegan para volver a entrar en prisión, al sitio donde se sentían seguros. Si piensan así, algo estamos haciendo mal como profesionales.

- **¿Cómo trabajáis con ellos desde vuestra intervención?**

En el caso de que haya alguna medida o sean susceptibles de apoyo por parte de ASAPME, ellos hacen de nexo y refuerzan su asistencia. Forma de trabajar costosa, su demanda siempre son recursos inmediatos, multitud de demanda, les cuesta entender otra forma de trabajar con ellos. Algunas dificultades de alojamiento, cumplimiento de normas cuando se encuentran sin hogar, cuesta afiliarlos a los recursos y difícil adaptación.

- **¿Qué necesidades sociales detectas en ellos?**

Una gran necesidad que aprecio es la falta de adherencia a los servicios. Identifican a los profesionales como administradores, y la atención socio terapéutica les importa menos por lo que suelen pedir ayudas inmediatas constantemente.

- **¿Cómo crees que se podría mejorar la situación en la salida de estos internos?**

Con equipos más completos de reinserción y con una justicia más ágil (las cosas se deben pagar cuando se han hecho y no se aplazase), conocer si realmente son susceptibles de prisión. Sistema judicial distinto y por puesta de intervención por profesionales que no sean administrativos sancionadores.

- **¿Crees que tienen posibilidades de rehabilitación y reinserción?**

Yo creo que lo tienen muy difícil por el estigma y el auto estigma también y porque en general, los profesionales somos poco objetivos con las situaciones que pasan las personas, no valoramos a la persona en sí si no en sus antecedentes, actuando casi como un sistema carcelario.

V. Entrevista Psicólogo de ASAPME que visita Zuera

- **¿Cuál es el perfil de los usuarios con Trastorno Mental Grave de los que ves?**

Las personas con TMG que se encuentran en prisión tienen una fácil desestabilización si no hay toma de tratamiento, ya que existe una falta de adherencia. Son personas más vulnerables que poseen menos recursos y a veces tienen poco apoyo familiar. Además, muchos son diagnosticados dentro de la cárcel.

- **¿Crees que existe escaso apoyo institucional y social hacia los presos con TMG cuando salen del centro penitenciario? Si es así, ¿Por qué?**

Sí que existe poco apoyo ya que los internos con TMG son más vulnerables y no tienen recursos suficientes de subsistencia por lo que eso los lleva a delinquir. Además, el apoyo familiar fuera es clave, según si cuentan con él o no su situación se ve mucho más agravada. A esto hay que sumarle los prejuicios y el estigma que sigue habiendo hacia estas personas.

- **¿Cómo trabajáis con ellos desde vuestra intervención? ¿Qué dificultades encontráis?**

Se trabaja de dos formas, primero, se realiza una valoración a aquellos internos que tienen conductas e indicios de poseer una enfermedad mental y se realiza su diagnóstico. Después, a partir de actividades de psicoeducación y habilidades sociales que dirijo yo; se realizan los martes y estamos unas 15 personas. En caso de que no quieran asistir a las actividades o de que por su patología no puedan se realiza un seguimiento individual.

No creo que existan dificultades más allá de las que plantea la patología de estos internos.

- **¿Qué necesidades sociales detectas en ellos?**

Como vengo repitiendo, estas personas tienen menos recursos que una persona sin TMG, además de menos habilidades sociales, menos apoyo familiar y, normalmente, menos formación. A veces, esto dificulta que no vuelvan a prisión.

- **¿Cómo crees que se podría mejorar la situación en la salida de estos internos?**

Con dinero se arreglarían muchas cosas. Es fundamental el seguimiento a estas personas y asegurarles el tratamiento, puesto que así se garantiza su estabilidad. Además, que haya una agilización de los recursos y los trámites, puesto que a veces sería necesario el paso por una UME después de prisión antes de la vuelta a la comunidad y se tarda mucho en preparar todo. Y, sobre todo, la creación de dispositivos específicos para estas personas.

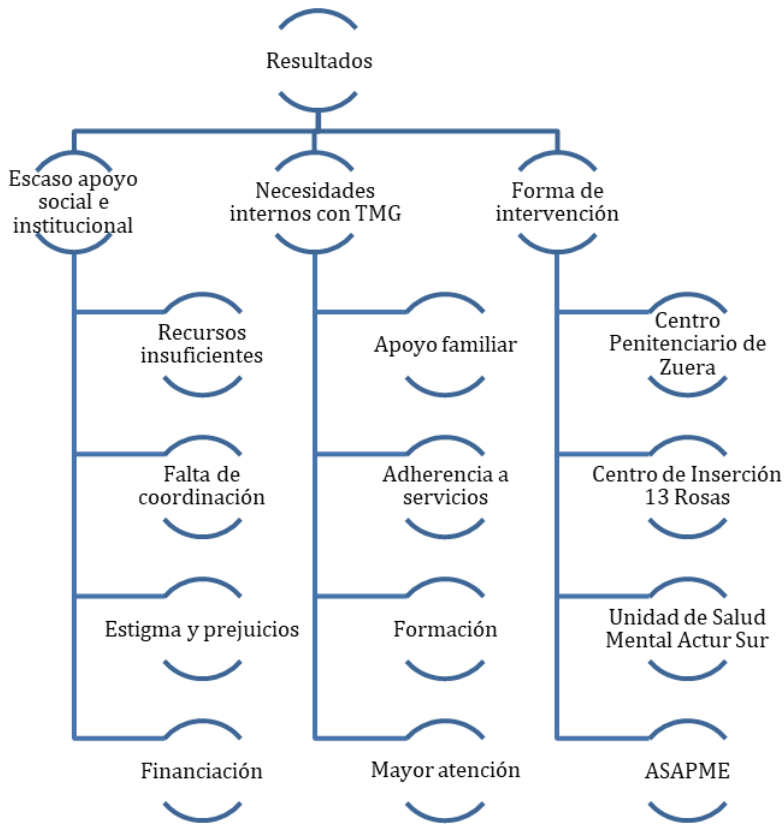
Además, plantear una mayor formación para estos internos en prisión ya que es una necesidad de cara a su salida. Se pegan años dentro de una institución y eso en el currículum se nota, si no tienen apoyos fuera que les proporcionen empleo es complicado que encuentren.

También que existan más profesionales a su disposición ya que actualmente subimos dos psicólogos semanalmente y ahora se van a quedar sin médicos, será una trabajadora social quien se encargue de todo y lógicamente, está muy limitada en estos aspectos al no poder, por ejemplo, medicar.

- **¿Crees que tienen posibilidades de rehabilitación y reinserción?**

Todo depende de todo lo anterior. Claro está que las personas sin TMG tienen más posibilidades de reinserción que alguien diagnosticado con enfermedad mental. Se intenta que haya coordinación con las Unidades de Salud Mental, pero es muy complicado. La coordinación entre juzgados, Zuera y el salud es difícil.

Figura 1. Resultados obtenidos a través de las entrevistas



Fuente: Esquema de elaboración propia a partir de entrevistas (2023)