

CUADERNOS DE **PSIQUIATRIA** **COMUNITARIA**

Vol. 12 número 1, 2014



Cárcel y Salud Mental

Iñaki Markez
(Compilador)

Fundada en 2001.

Consejo de redacción: Víctor Aparicio Basauri, Paz Arias García, Andrés Cabero Álvarez, Cristina Fernández Álvarez, José Filgueira Lois, Ignacio López Fernández, Pedro Marina González, Juan José Martínez Jambrina, Ana Esther Sánchez Gutiérrez y César Sanz de la Garza.

© *Copyright 2001*: Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental - Profesionales de Salud Mental (Asociación Española de Neuropsiquiatría)

e-mail: aenasturias@hotmail.com

La revista puede ser vista en la página web **www.aen.es** de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), en el apartado de publicaciones (otras publicaciones).

Ilustración de la cubierta: *Saltimbanqui* (1954) de Paul-Vanier Beaulieu. Óleo en tela. Museo de Bellas Artes de Ontario (Canadá).

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

Número de ejemplares: 300

Depósito legal: AS – 3.607 – 01

ISSN: 1578/9594

Impresión: Imprenta Goymar, S.L. – Padre Suárez, 2 – Oviedo.

Periodicidad: Semestral

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria colabora con el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la **Organización Mundial de la Salud**.

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria no se editó, por la crisis económica de España, los años 2011 y 2013.

Los autores son responsables de la opinión que libremente exponen en sus artículos.

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 12 - Núm. 1 - 2014

ARTÍCULOS ORIGINALES

Presentación

Iñaki Markez 7

El modelo de atención a los problemas de salud mental en IIPP. Una respuesta al debate permanente ¿enfermo o delincuente?

José Manuel Arroyo-Cobo 13

Enfermedad mental y drogas en prisión

María del Mar Lledó, Cesar Manzanos, Marcos Álvarez 27

¿Se puede obligar a tratar a un enfermo mental en prisión?

Luis Alejandro Bastida..... 37

La Unidad Terapéutica y Educativa de Villabona: un modelo alternativo a la prisión tradicional

M.^a Begoña Longoria 51

FEAFES: 20 años comprometida con la población penal penitenciaria con trastornos mentales, con sus familiares y allegados/as

José M.^a Sánchez Monge 59

Una década de historia del Grupo de Salud Mental en Prisión (GSMP). Del congreso de la AEN en Oviedo al congreso de la SESP en Madrid

Iñaki Markez, Alicia Abad, Clara Repeto, Mariano Hernández 69

INFORMES

Consenso de Brasilia 2013 83

RESEÑAS

La desmanicomalización: crónica de la reforma del sistema de salud mental en Río Negro..... 89

IN MEMORIAM

Robert Castel..... 93

Jean Oury 95

José Manuel García De La Villa 98

Diego Gutiérrez..... 100

NOTICIAS BREVES..... 101

REUNIONES CIENTÍFICAS 103

NORMAS DE PUBLICACIÓN 113

Presentación

1. Un monográfico sobre el tema de *Cárcel y Salud* mental siempre es atractivo pues se mueven demasiados elementos, para bien o para mal, entre sus muros, entre los diversos colectivos allí inmersos y entre las instituciones que les dan cobijo. Marginados que penan sus culpas demasiado tiempo, profesionales y funcionarios varios que sostienen ese sistema ahora se ven afectados por las políticas de recortes en el gasto público. La imposibilidad de convocar una oferta pública de empleo tiene como consecuencia la imposibilidad de seguir llenando las cárceles recientemente construidas, hasta que no se puedan dotar de nuevo personal. La *solución* ministerial quizá sea privatizar la vigilancia, contratar empresas privadas para que vigilen y gestionen las cárceles, lo que será un buen negocio para esas empresas de seguridad financiadas una vez más con dinero público. Al tiempo, la Dirección General de Instituciones Penitenciarias ha decidido que no se van a construir los CIS (Centros de Inserción Social), ha paralizado la edificación de cárceles presupuestadas cuyas obras no hayan sido iniciadas, De este modo seguirán estando hacinados los presos y presas.

Si a las graves carencias por las condiciones de encarcelamiento, añadimos el cada vez mayor alejamiento entre la realidad del cumplimiento de las penas y el ideario constitucional resocializador de las mismas y sumamos el desmantelamiento de lo que pretendía ser el Estado Social y sustituido poco a poco por un Estado Penal, se hacen evidentes los riesgos. Se desmantelan los programas sociales de apoyo a las personas presas, se ponen cada vez más cortapisas a las iniciativas sociales de apoyo dentro y fuera de la prisión que en muchos casos son las únicas que realizan tareas que debieran asumir las administraciones públicas. Mientras las cárceles son grandes depósitos de personas.

En el País Vasco y en Catalunya tienen competencias en materia de atención sanitaria a la población recluida. Con sus dificultades para asumir la competencia en materia de atención sanitaria integral a las personas que hoy se encuentran bajo custodia del sistema de ejecución penal y ello por diversos motivos: 1- Por ser una transferencia parcial y, por lo tanto, la actuación de la red sanitaria verse supeditada a criterios de dirección y gestión política ajenos y externos al sistema sanitario donde priorizan criterios de seguridad y contención frente a su condición de personas enfermas. 2- Por ser las cárceles lugares donde la gran mayoría de la población encarcelada es una población enferma, que necesitan un tratamiento sanitario especializado, o un ingreso en centros sanitarios específicos para su correcto tratamiento. 3- Por ser una población flotante y en muchas ocasiones procedente de otros lugares de origen distintos al territorio donde cumplen su condena.

En el caso de las mujeres presas, sus condiciones de encarcelamiento es un ejemplo sangrante, en un sistema penitenciario donde todo está legislado, pensado y organizado para recluir a hombres: las mujeres presas son un colectivo tradicionalmente olvidado para el sistema social y penal, son una cifra pérdida en las estadísticas oficiales.

Cabe además destacar la sobre-representación de las mujeres presas en relación con los hombres en el sistema penitenciario español, pues España presenta la mayor tasa de la Unión Europea de mujeres reclusas (casi el 8 % del total, frente a 3,5 % en Francia o 4,3 % en Italia), lo que nos reafirma en el carácter patriarcal y discriminatorio del actual sistema de ejecución penal.

En este marco se desarrolla la atención a la salud, y a la salud mental en particular, sobre el cual nos vamos a detener en este monográfico que será de interés a cualquier persona sensible a las penurias de los desfavorecidos y también para quienes desde este campo de la salud mental pensamos que aun es posible modificar muchos de los aspectos más ofensivos a la dignidad de las personas. Hemos logrado sumar varios trabajos con la visión de profesionales del Centro Penitenciario de Villabona, así como la visión desde la sociología o desde el mismo Ministerio, en la Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. También la visión e implicación de los familiares a través de FEADES y, cómo no, el recorrido histórico del grupo de trabajo específico de la AEN. Buenos documentos para la reflexión y que podrán ser útiles para avanzar con iniciativas constructivas.

2. En un primer capítulo sobre “El modelo de atención a los problemas de salud mental en Instituciones Penitenciarias”, desarrollado por José Manuel Arroyo-Cobo, quien ya estuviera entre los promotores del grupo de salud mental en prisión (GSMP) allá por el año 2004, siendo médico en la cárcel de Zuera en Zaragoza, y actualmente en la Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria, en Madrid.

Inicia señalando *la carga de enfermedad mental en los internos ya desde el momento de su ingreso en prisión* en clara alusión a las diferencias con la población externa en la comunidad y a que de la comunidad de donde proceden y donde han de volver, de ahí la importancia de trabajar con mayor coordinación con los servicios sanitarios y sociales.

Señala también el debate de las personas encarceladas y con alguna enfermedad mental *¿Estamos ante un delincuente o ante un enfermo? ¿Debemos tratarlo como a un criminal o como a una víctima más de su enfermedad?* Debate permanente y manido desde hace siglos y, aunque sigue aun sin estar resuelto, es interesante el recorrido que nos brinda el autor hasta llegar a las medidas del Reglamento Penitenciario de 1996.

Los enfermos mentales declarados inimputables y los declarados responsables del delito tienen sus apartados de reflexión y de revisión del proceso seguido en estas últimas décadas, hasta llegar al Protocolo de Aplicación del Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales en centros penitenciarios (PAIEM) indicando algunos efectos interesantes en los centros penitenciarios en la primera evaluación realizada. Y además, basándose en algunas evidencias, no esquiva la búsqueda de claves para resolver el debate recurrente sobre qué hacer con los enfermos mentales que han cometido o están en riesgo cierto de cometer un delito a causa de su enfermedad.

3. Los autores del tercer capítulo, “Enfermedad mental y drogas en prisión”, hacen un fino análisis sociológico de las prisiones deteniéndose en las muchas personas afectadas

con enfermedades mentales, llegando a señalar que “la prisión es el lugar de cultivo para la morbilidad en salud mental” con particular detenimiento en quienes son consumidoras de drogas. Muchas *ingresan en prisión por primera vez, durante su adolescencia o a edad temprana como jóvenes adultos-as* estando en riesgo de padecer problemas mentales aquellos más vulnerables. Se detienen en las mujeres y en las personas consumidoras de drogas ya que representan un alto porcentaje de la población recluida.

Muestran gran preocupación por los recortes que se están produciendo en los recursos públicos destinados al tratamiento de la salud mental y de las drogodependencias, pues presumiblemente harán aumentar posibilidad de que muchas personas con problemas mentales y/o adicciones acaben en prisión. La prisión no es solo el castigo para quienes no se adaptan socialmente.

Se detienen Lledó, Manzanos y Álvarez en la alta psicopatología concomitante, apoyándose en algunos estudios recientes para desembocar en las condiciones de la prisión (aislamiento, alejamiento familiar y social, carencia de autonomía y privacidad, condenas largas, traslados, inactividad, hacinamiento,...) volviendo a detenerse en la accesibilidad a los fármacos, su fácil consumo, la hipermedicalización quizá como recurso paliativo/alternativo de otras opciones alternativas pero que convierte al fármaco en *otra droga más para la evasión, la evitación y el engaño*. Para terminar con un apunte sobre un Régimen interno excesivamente basado en la seguridad y el castigo.

4. “¿Se puede obligar a tratar a un enfermo mental en prisión?” Es el sugerente título del capítulo de Luis Bastida, Psiquiatra en el m E.T.A.C. de Oviedo y también Consultor en el C.P. de Villabona. Desmenuza la pregunta situando las deficiencias en la situación actual con sobreabundancia de patología psiquiátrica grave en las prisiones; señala el polémico Tratamiento Ambulatorio Involuntario, la posibilidad de obligar a un paciente a recibir tratamiento; pese a la inexistencia de una regulación definitiva, los lentos procesos de incapacitación civil, dan respuesta a situaciones donde un paciente se niega recurrentemente al tratamiento, y se pregunta de nuevo ¿se puede obligar a tratar a un paciente psiquiátrico estable y no incapacitado en prisión?

Los representantes de Sanidad Penitenciaria dicen que sí y se apoyan en sentencias del Tribunal Supremo y en la Ley Orgánica General Penitenciaria (LOGP). Pero esto tienes sus controversias y choca con artículos de la Constitución, con la Ley de Autonomía del Paciente o con otras lecturas de la LOGP. El autor, además, sitúa la existencia de problemas lógicos (no hay jurisprudencia sobre la administración coercitiva de tratamientos con psicofármacos en prisión, ni tampoco una regulación seria), hay repercusiones clínicas (no hay ninguna garantía de que el tratamiento continúe en la calle a su salida, y suspender bruscamente un tratamiento psicofarmacológico implica riesgos...) y con efectos indeseables. Desde luego si lo que se pretende es que “no dé guerra” mientras está en prisión, volverá a ella una y otra vez.

El autor no esquivo algunas posibles soluciones y los ofrece: tribunales específicos de salud mental, trabajo conjunto con equipos de tratamiento asertivo comunitario “forense”, favorecer los vínculos sociales y mejorar la salud física de estas personas.

También se detiene en la patología dual en prisión, se apoya en varios estudios, indica la relación con las condiciones de vida en la cárcel y su relación con los consumos de drogas.

Existen alternativas a la cárcel, aunque no suelen aplicarse. Son necesarios más jueces que conmuten penas de prisión por medidas de seguridad orientados a realizar tratamientos eficaces, coordinados con las redes de Salud mental dotadas de recursos, profesionales y de alojamiento, si están dispuestas a asumir el reto de descongestionar las cárceles de pacientes psiquiátricos.

5. Begoña Longoria, trabajadora social y Responsable en el C. P. de Villabona de la Unidad Terapéutica y Educativa se detiene en el análisis de “la Unidad Terapéutica y Educativa de Villabona; un Modelo alternativo a la prisión tradicional”. Experiencia pionera en su momento y modelo referente en otros centros penitenciarios españoles e imitado en otros países. Con experiencias innovadoras y eficientes en la rehabilitación y reinserción de presos, fueran o no adictos.

Inicia su trabajo con una breve introducción histórica de lo que ha sido el desarrollo del Sistema Penitenciario español y del espacio carcelario como reproductor en la prisión del ambiente marginal y delincencial de la calle. Continúa con la historia de la UTE desde sus inicios allá por 1992, sus vicisitudes en la transformación del espacio carcelario en educativo en aspectos formales e informales.

Logrado por la existencia y reconocimiento de la calidad profesional y humana de los profesionales penitenciarios, constituyendo un equipo multidisciplinar, el reconocimiento de los internos como sujetos activos de su proceso de cambio y el compromiso entre ambos colectivos penitenciarios para superar el antagonismo histórico y aprovechar que el tiempo de privación de libertad sea un tiempo terapéutico y educativo.

Este capítulo también menciona las realidades abordadas en la UTE respecto a la salud mental, las enfermedades psiquiátricas, el espacio educativo, el ambiente o el apoyo emocional, autocuidados, las actividades formativas, etc. para situarnos como, en gran medida, tienden a asumir el control de sus vidas y ciertas parcelas de responsabilidad.

Claro que a veces surgen espejismos y hoy la UTE de Villabona, siendo referente internacional, lleva camino de desaparecer, y sólo quedar las siglas, su historia, lo demás, todo ese trabajo de 20 años está desapareciendo día a día. Muchos esfuerzos para conseguir una sociedad mejor, a través de esta unidad terapéutica de la cárcel y ahora están amenazados sus logros por despropósitos políticos como es su desmantelamiento. Vetan la entrada en la prisión de funcionarios de la Consejería de Sanidad del Principado o de las organizaciones no gubernamentales comprometidas con la reinserción de presos, rescinden de la comisión de servicios a los educadores y les suprimen del equipo multidisciplinar de la UTE, cuando todos ellos gozan de una excelente reputación profesional.

6. Sin duda que era importante en este texto monográfico contar con la opinión, con la aportación de FEAFES, la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y

Personas con Enfermedad Mental y lo hemos logrado a través del trabajo firmado por José María Sánchez Monge, su presidente; “FEAFES: 20 años comprometida con la población penal penitenciaria con trastornos mentales, con sus familiares y allegados/as”

La experiencia de todos esos años, hizo situar a FEAFES la gravedad de la situación de las personas con enfermedad mental, familias y personas allegadas afectadas por el sistema penal-penitenciario. Sobre todo desde el año 2005 con la inclusión de programas y acciones de “Rehabilitación a Población Reclusa” en el Plan Estratégico de FEAFES y con propuestas a través del comité técnico asesor de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud del que FEAFES forma parte. Son muchos y variados los programas y convenios de colaboración ya en 25 centros penitenciarios y en los hospitales psiquiátricos penitenciarios.

Con especial atención a la “invisibilidad” de los familiares y personas allegadas de las personas reclusas con problemas de salud mental, de necesidades específicas, de sus opiniones y demandas. A veces por ignorancia de las medidas burocráticas, desconocimiento de la normativa, obligaciones y derechos, desconocimiento de las opciones legales, dificultades personales, económicas y sociales, o de comprensión, de acceso a la información, incluso restricciones a recursos sanitarios y sociales.

Y señalan propuestas apoyándose en su lema *Ninguna persona con enfermedad mental por causa de la misma y/o por ausencia de recursos en la comunidad debe estar en centros penitenciarios ni hospitales psiquiátricos penitenciarios*. Así de claro.

7. Para finalizar es de interés recoger para la historia el funcionamiento de los grupos de trabajo y uno de particular significación ha sido y es el constituido por profesionales de la AEN con funcionamiento ya hace más de una década. Por eso el título de ese capítulo “Una década de historia del Grupo de Salud Mental en Prisión (GSMP). Del congreso de la AEN en Oviedo al congreso de la SESP en Madrid”. Largo título y también intensa actividad compartida, en gran medida, a través del Grupo de Salud Mental en Prisión (GSMP) con otros miembros de la SESP, la sociedad española de sanidad penitenciaria.

En sintonía con la larga tradición de la AEN de ocuparse de los aspectos éticos, y también los clínico-asistenciales, legislativos y jurídicos que atañen a la población de pacientes, con antecedentes en iniciativas personales de miembros de la AEN ya a finales de la década de los 90 para dar cuerpo e impulso a partir del congreso celebrado el año 2000 en Santiago de Compostela. Eso sí, su larga marcha tendría mayor relevancia a partir del congreso en Oviedo el año 2003 donde fue presentada la ponencia oficial sobre *La atención a la salud mental de la población reclusa*. Después vendrían los encuentros de la AEN y la SESP en sus congresos y sus reuniones de trabajo a través del GSMP, su variada actividad de debate, investigación, elaboración documental o publicaciones. Y desde finales del año 2009 la organización y desarrollo de SampAEN, el grupo de trabajo de Salud mental en prisión de la AEN, igualmente muy productivo que aspira a verse reforzado por mayor número de profesionales ya que las tareas e iniciativas son inmensas.

Hay quienes nos indican la importancia del acercamiento y coordinación entre el sistema judicial, el penitenciario y el de la salud es absolutamente necesario para abordar los casos más complejos de manera más eficiente. También es cierto que hoy hay realmente mucha tarea para profesionales de la salud mental concienciados, o que tienen sentimientos humanitarios, son defensores de los derechos humanos de todas las personas, o sencillamente que aspiran a una sociedad más justa y equitativa.

*Iñaki Markez
Psiquiatra
Biskaia (España)*

El modelo de atención a los problemas de salud mental en IIPP. Una respuesta al debate permanente ¿enfermo o delincuente?

Prison Mental Health Care Model. An answer to permanent debate: patient or prisoner?

José Manuel Arroyo-Cobo

Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Madrid

RESUMEN

Se hace una reflexión sobre la atención al enfermo mental que comete un delito. ¿Estamos ante un paciente o ante un criminal? A través de un recorrido histórico se analiza la posición de la sociedad española en ante esta pregunta y la situación actual del enfermo mental en las prisiones.

Palabras clave: Salud Mental, Prisiones, Prestación de Atención de Salud, Historia, Derecho Penal, Ética.

De acuerdo con las estadísticas disponibles sobre salud mental en IIPP, la frecuencia de antecedentes de enfermedad mental en la población que ingresa en prisión en algún momento de la vida, es 5 veces más frecuente que en la población general^{1,2}. Por tanto, la carga de enfermedad mental en los internos ya desde el momento de su ingreso en prisión, es significativamente más alta que la que cabría esperar en un grupo etario similar en la

ABSTRACT

The paper reflects about the mental health care attention to patients who committed a crime. Are we facing a patient or a criminal? It has been analyzed the Spanish community position related this question through a historic travel and the situation now a days of mental ill prisoners in prisons.

Key words: Mental Health, Prisons, Delivery of Health Care, History, Criminal Law, Ethics.

población de la comunidad, en concreto hay un 39% de Trastornos Mentales Comunes, un 50% con problemas de Adicción a Drogas y un 4% con Trastornos Mentales Graves, sin que estos porcentajes deban ser tomados de forma excluyente entre sí³.

Desde el punto de vista de su organización, la Sanidad Penitenciaria a día de hoy, a pesar del mandato de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud

¹ Arroyo-Cobo JM. Estrategias asistenciales de los problemas de salud mental en el medio penitenciario, el caso español en el contexto europeo. *Rev Esp Sanid Penit.* 2011 Feb;13(3):100-11.

² Marín-Basallote N, Navarro-Repiso C. Estudio de la prevalencia de trastorno mental grave (TMG) en los centros penitenciarios de Puerto I, II y III del Puerto de Santa María (Cádiz): nuevas estrategias en la asistencia psiquiátrica en las prisiones. *Rev. Esp. Sanid. Penit.* vol.14 no.3.

³ Vicens E, Tort V, Dueñas RM, Muro Á, Pérez-Arnau F, Arroyo JM, et al. The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Crim Behav Ment Health.* 2011 Dec;21(5):321-32.

de 2003 para que se integre en las estructuras asistenciales del resto del Sistema Nacional de Salud, se mantiene al margen de esos recursos, salvo en Cataluña y el País Vasco. Por tanto, la atención a los problemas de salud mental en el medio penitenciario, fuera de los territorios del Estado ya mencionados, debe hacerse mediante la coordinación de la administración penitenciaria con los servicios asistenciales especializados de cada Comunidad Autónoma.

Atendiendo a la legislación penal, hay dos grandes grupos diferenciados de situaciones legales que determinan las necesidades asistenciales en el sistema penitenciario: la de los enfermos mentales que son declarados por los tribunales juzgadores, no responsables del delito cometido y condenados a una medida de seguridad y la de los enfermos mentales que han sido declarados culpables de algún delito y se encuentran cumpliendo una pena en algún centro penitenciario. La Ley Orgánica General Penitenciaria de 1979 prevé la existencia de establecimientos penitenciarios especiales, los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios para cumplir el mandato legal que establece la rehabilitación y asistencia, junto con la retención y custodia de las personas sometidas a medidas de seguridad por eximente completa o incompleta. Estas personas enfermas, que después de haber cometido un delito se les considera inimputables en mayor o menor grado, deben permanecer tanto más retenidos y custodiados cuanto mayor sea su riesgo de peligrosidad criminal, y en todo caso deben recibir un tratamiento de su dolencia mental de igual calidad que el que recibirían en un recurso asistencial de su comunidad. El Reglamento penitenciario de 1996 describe además de los Establecimientos hospitalarios, las Unidades Psiquiátricas en establecimientos ordinarios.

Unos y otros se consideran centros especiales destinados al cumplimiento de las medidas de seguridad privativas de libertad, aplicadas por los Tribunales a los enfermos mentales declarados no responsables de sus delitos.

EL DEBATE PERMANENTE

El Código Penal establece las condiciones para considerar a un enfermo mental responsable de un acto delictivo, condiciones que de forma simplificada se reducen a que en su conducta criminal existan entendimiento y voluntad inalterados. ¿Qué ocurre con los enfermos que son declarados no responsables de un delito? ¿Estamos ante un delincuente o ante un enfermo? ¿Debemos tratarlo como a un criminal o como a una víctima más de su enfermedad?

Este debate, en diferentes formas e intenciones sigue vigente hoy en día. Probablemente para intentar resolverlo nos ayudaría conocer algo de la cronología de su génesis. En 1409 el padre Jofré, un sacerdote mercenario, fundó en Valencia el primer hospital para enfermos mentales en España. Con ello pretendía evitar que los locos desamparados, al causar molestias o daños en bienes y personas de su entorno inmediato debido a su conducta desordenada, sufrieran abusos y agresiones por parte de determinados sectores de su comunidad. Se abrió ya entonces el debate que con diferente resultado según los tiempos y las formas, está todavía presente entre nosotros, a principios del siglo XXV en España Fray Juan Gilabert Jofré pensó que los enajenados, aunque se comportasen como criminales, no deberían tener el mismo trato que los delincuentes cuerdos, es más, si eran adecuadamente atendidos se evitaría que pudieran causar daño a si mismos o a otros.

Los primeros argumentos sólidos sobre este debate, los tenemos en la obra enciclopédica del médico Jean Esquirol, alumno aventajado de Pinel, que en 1838 publica en París “Maladies Mentales”. En un extenso apartado dedicado a los enfermos mentales en las cárceles sostiene en esta obra que “no se han vuelto locos por estar en la cárcel, sino que están en la cárcel por ser locos y haber cometido un crimen”.

La humanización de los presidios españoles y con ella la del tratamiento médico de sus internos, tiene su inicio en el Penal de San Agustín de Valencia a mediados del siglo XVII, donde el Coronel Montesinos, destacado militar de la recién acabada guerra de la independencia, dirige un centro con los mejores servicios sanitarios penitenciarios de la época y en el que hay una sección destinada a los enfermos mentales⁴.

El precedente inmediato de los Establecimientos Psiquiátricos Penitenciarios en España fue inaugurado en 1851, reinando Isabel II. Se llamó la Casa de Dementes Santa Isabel de Leganés. Se admitía el ingreso de locos con procesos judiciales en este manicomio modelo, diseñado por la Junta de Beneficencia del Estado. Un recurso, que a día de hoy sigue destinado en su ubicación original, a cometidos relacionados con la atención a los problemas de salud mental en la Comunidad de Madrid, aunque como es natural, muy alejados de los que fueron objetivo de su inauguración. En aquellos años, con la aparición de una nueva ciencia médica, la que se ocuparía en el futuro de los problemas de la mente, un destacado médico psiquiatra del Hospital de la Pitié-Salpêtrière en París, Benedict Morel, lanzó en su obra “Traité

des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l’espèce humaine” la idea que siglos después sería el motor de la reforma psiquiátrica y también otra de las ideas fuerza que alimentan el debate que nos ocupa, “El tratamiento efectivo de la enfermedad mental no puede basarse en la coerción física del enfermo”. El primer dilema del debate, está planteado: el delincuente, por mandato legal debe estar separado de la sociedad a la que agredió, el enfermo mental, si el objetivo último es la rehabilitación de su enfermedad no puede estar aislado de ella.

Uno de los elementos que contribuye a enturbiar la discusión sobre la forma en que los servicios públicos deben abordar la actuación sobre el enfermo mental que ha cometido un delito, es la doble visión que tienen sobre este problema la administración de justicia por un lado, y la administración sanitaria por otro. Los tribunales velan por el cumplimiento de la Ley como objetivo prioritario, los terapeutas por la mejora de la salud del enfermo. No es infrecuente que las cautelas legales, sobre todo las que se dirigen a asegurar que el riesgo de comportamientos violentos sea mínimo, vayan en contraposición con las medidas terapéuticas que se deben aplicar al enfermo. Los profesionales asistenciales no admiten ni comprenden fácilmente, lo que para ellos son injerencias externas de jueces y fiscales al proceso terapéutico. Éstos a su vez, no toleran el incumplimiento de lo que establece la ley para proteger el derecho de la sociedad a protegerse de una hipotética conducta violenta del enfermo. Ambas administraciones tienen como fin último que el enfermo se cure, pero los caminos que recorren para conseguirlo son en muchos casos

⁴Garrido L: Manual de Ciencia Penitenciaria, Edersa, Madrid, 1983, p. 396.

paralelos, cuando no divergentes, a pesar de que tiendan a confluir en su tramo final.

Desde el ámbito de la justicia también se hacen aportaciones a la argumentación que nutre el debate. En el Real Decreto de 1 de septiembre de 1897 sobre clasificación de los locos penales se dice en su Exposición de Motivos: *“Contra todos los preceptos legales y contra todas las sanas intenciones del legislador y del filántropo, hay en muchas cárceles varios individuos con la razón perturbada, que no obstante haber sido declarados por los Tribunales Sentenciadores exentos de responsabilidad por causa de enajenación mental, permanecen impropriadamente reclusos con agravación de sus males y hasta con trastornos en el régimen, y en la disciplina de los establecimientos carcelarios donde moran”*. El legislador, atendiendo a una exigencia social y ética propone en dicho texto legal una serie de soluciones previstas para los enfermos mentales que hubieran delinquido:

a) Los manicomios (los propiamente dichos y los departamentos especiales para dementes de los Hospitales Provinciales), para los exentos de responsabilidad penal por causa de enajenación que hubieran delinquido, los penados que enloquecieran cumpliendo condena de prisión correccional, cualquiera que fuera la gravedad del hecho delictivo cometido.

b) Las familias, a cuyo cuidado estarían los exentos de responsabilidad criminal que hubieran cometido delitos menos graves, previo acuerdo del Tribunal Sentenciador.

c) La Penitenciaría-Hospital, destino de: penados varones cuyo cumplimiento de condena (de presidio correccional, cadena perpetua o de muerte) se hubiera suspendido por enajenación.

Vemos pues que a finales del siglo XIX en España, en la discusión se establece de manera legal una diferencia clara en el tratamiento judicial que merecen los enfermos mentales sometidos a la administración de Justicia, en función de cada caso. Desde una solución más asistencial en recursos dedicados al mismo cometido para el mismo tipo de enfermos en la comunidad, incluida la posibilidad de acogida por parte de la familia, hasta los establecimientos cerrados para aquellos enfermos en los que fuera preciso mantener una contención y supervisión protectora, tanto para ellos como para su entorno.

En la primera década del siglo XX se produce una cierta involución en la actitud de la administración, la garantía de la seguridad cobra mayor peso en su relación con los enfermos mentales que acababan en los tribunales juzgados por un hecho delictivo. Bien sea por la mayor frecuencia de estos casos o por la escasez de recursos, los manicomios provinciales tenían dificultades para albergarlos. La administración penitenciaria creó dependencias específicas para ellos en los establecimientos carcelarios más grandes. El Pabellón para enfermos Judiciales de El Dueso en 1912, o el del Puerto de Santa María en 1917. Con el tiempo se hizo necesaria una diferenciación en el régimen de este tipo de pabellones en los establecimientos, empezando por la unidad arquitectónica. Después del nuevo Código penal de 1932, el Decreto de 5 de Julio de 1933 ordenaba la creación de un Hospital Psiquiátrico Judicial para los enajenados mentales, alcohólicos y toxicómanos en el edificio que con anterioridad estuviera destinado a Prisión Central de Mujeres de Alcalá de Henares, que a su vez se edificó sobre el antiguo Colegio Convento de San Cirilo de los Carmelitas Descalzos en el siglo XVII. Este será el primer

edificio exclusivo en España para albergar a este tipo de internos enfermos.

Las Reglas Mínimas de Ginebra de 1955 sobre el trato a los reclusos, obligan a un nuevo giro de la administración en su actitud hacia este tipo de enfermos que demuestra mayor sensibilidad por lo asistencial, la legislación española en materia penitenciaria se remodela. El nuevo Reglamento Penitenciario de 1956 contiene una expresa regulación de los derechos y deberes de los reclusos, con un especial respeto por la personalidad humana, aplicando el principio de individualización científica del tratamiento penal y la atención diferenciada para los enfermos mentales que son confiados al sistema penitenciario. En la década anterior se había construido el Hospital Central Penitenciario y el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Carabanchel. Se destina este sanatorio psiquiátrico penitenciario al acogimiento de los sentenciados en quienes se apreciara la circunstancia de peligrosidad social que impida su internamiento en instituciones manicomiales provinciales, por tanto no penitenciarias.

A partir de 1978, con la promulgación de la Constitución y la primera ley del nuevo periodo democrático, la Ley Orgánica General Penitenciaria de 1979, se abre un periodo de reflexión profunda sobre la situación de los enfermos mentales en prisión. El reglamento de 1996, actualmente vigente, describe para su asistencia además de los establecimientos hospitalarios, las Unidades Psiquiátricas en centros penitenciarios ordinarios. Unos y otros se consideran centros especiales destinados al cumplimiento de las medidas de seguridad privativas de libertad aplicadas por los Tribunales. En ingreso en los Establecimientos o Unidades psiquiátricas se lleva-

rá a cabo en los casos previstos en el artículo 184 del Reglamento Penitenciario de 1996:

- a) Detenidos o presos con patología psiquiátrica, cuando la autoridad judicial decida su ingreso para observación.a)
- b) Personas a las que por aplicación de las circunstancias eximentes establecidas en el Código Penal les haya sido aplicada una medida de seguridad de internamiento en centro psiquiátrico penitenciario.
- c) Penados a los que, por enfermedad mental sobrevinida, se les haya impuesto una medida de seguridad por el Tribunal sentenciador.

En 1983 y 1990 se habilitan dos centros penitenciarios como hospitales monográficos destinados a albergar a los enfermos mentales que ingresan en el sistema judicial, el Hospital Psiquiátrico de Alicante y el de Sevilla respectivamente. El Psiquiátrico de Carabanchel se cerrará definitivamente en 1995. No dejan de crecer exponencialmente los ingresos en ambos establecimientos a lo largo de las siguientes décadas, la situación de estos enfermos comienza a ser una preocupación creciente para los profesionales penitenciarios, para los tribunales y cada vez con más intensidad para la propia sociedad civil, lo que se refleja en las reformas legales que en los últimos años se vienen haciendo sobre el cuidado de las personas con trastornos mentales sentenciadas a penas o medidas de seguridad.

A principios de los años 80, debido al desprestigio creciente que los recursos psiquiátricos asilares fueron teniendo en su objetivo de alcanzar la rehabilitación

de sus internos, comenzó con fuerza en Europa una corriente de desinstitucionalización de los pacientes ingresados en este tipo de hospitales psiquiátricos. En España, como en otros países de su entorno, fueron desapareciendo camas de recursos manicomiales de larga estancia donde generalmente se albergaba a las personas con trastornos más graves. Ante la carencia de este tipo de recursos, comenzó a ser cada vez más difícil encontrar dispositivos donde tratar a enfermos condenados por sentencia a recibir cuidados durante largos periodos de internamiento. En paralelo, no se crearon dispositivos capaces de acoger a todos aquellos enfermos que debido a sus carencias sociales o clínicas, no eran capaces de seguir un tratamiento eficaz en los recursos ambulatorios, ahora casi los únicos disponibles⁵. Estos enfermos quedaron, sobre todo al cuidado de las familias, pero cuando estas desaparecieron o no existían, los enfermos, desatendidos, fueron deslizándose hacia los sectores más marginales de la sociedad e incluso comenzaron a estar expuestos a problemas con la justicia por las dificultades de convivencia consustancial a su carencia de salud mental. Por tanto, la disminución de los recursos asilares en la comunidad provoca un doble efecto nocivo, la dificultad par alojar a enfermos declarados no responsables de un delito y sentenciados a una medida de seguridad en un recurso no penitenciario y por otro la mayor exposición de determi-

nados enfermos a la exclusión social y por tanto a la comisión de delitos.

A partir de finales de los noventa en toda Europa preocupa el aumento de enfermos mentales que comienza verse en las prisiones. En el último informe de la Comisión Europea sobre las personas con trastornos mentales que se encuentran en las prisiones europeas⁶ realizado en 2007, se advierte que alrededor del 12% de los reclusos necesitan tratamiento psiquiátrico especializado y esta cifra va en aumento. Hacer frente a las necesidades que plantean estos enfermos en prisión, es un problema que no está resuelto adecuadamente en ningún país europeo. Para los autores del informe, la raíz de este problema está en la deficiente interacción entre la psiquiatría comunitaria, la psiquiatría forense y las autoridades sanitarias penitenciarias. La propia psiquiatría comunitaria adolece ya de falta de recursos. 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. La relación entre carga de morbilidad y gasto en salud es claramente desproporcionada⁷. La falta de recursos adecuados para la atención de este tipo de enfermos mentales sentenciados por los tribunales de justicia, un número insuficiente de camas psiquiátricas forenses, la escasez de personal adecuadamente entrenado para el tratamiento de estos pacientes, los escasos

⁵ Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A, Hansson L, Kilian R, Torres-Gonzales F, Turner T, Wiersma D. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ* 2005; 330.

⁶ Salize H J, Dreßing H, Kief C. Mentally Disordered Persons in European Prison Systems - Needs, Programmes and Outcome (EUPRIS). European Commission. Central Institute of Mental Health J5 D-68159 Mannheim Germany October 31, 2007 (Consulta Diciembre 2012)

http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2004/action1/docs/action1_2004_frep_17_en.pdf

⁷ Gómez Tato I. Atención sociosanitaria y atención mental *Rev Adm Sanit* 2005;3(2):273-86.

programas de detección temprana de estos enfermos, la ausencia de seguimiento posterior después de la medida de internamiento y la escasa dotación de presupuestos para estas tareas por parte de los gobiernos respectivos, son según este informe europeo oportunidades de mejora en el manejo de la patología psiquiátrica penitenciaria en Europa⁷. Como conclusiones, el informe europeo señala entre otras las siguientes:

– Los datos sobre el tipo y la cantidad de enfermos mentales en prisión no están disponibles adecuadamente en ninguno de los países analizados.

– El precio que la sociedad debe pagar al dedicar insuficientes recursos a la atención psiquiátrica en las prisiones es un aumento de la reincidencia entre esos enfermos, con el consiguiente aumento del gasto de los servicios psiquiátrico-asistenciales en la comunidad y del gasto de los servicios jurídicos y penales, sin hablar del coste social provocado por el daño a las posibles víctimas directas, a familiares y a los propios enfermos.

– No existe un modelo uniforme de coordinación entre las administraciones con responsabilidad en el manejo de estos enfermos (justicia, interior, sanidad).

– Los cuidados psiquiátricos en las prisiones no están suficientemente cubiertos. No existen procedimientos rutinarios de evaluación de internos para descartar enfermedad mental, ni programas asistenciales específicos.⁸

En nuestro país, a partir de año 2002 en los informes anuales del Defensor del Pueblo se recomienda reiteradamente a las administraciones competentes que realicen un esfuerzo para mejorar la asistencia que reciben estos internos enfermos. La Administración Penitenciaria desde 2004 se ocupa de diseñar una amplia estrategia que alinee sus objetivos en este terreno con la mejora de la situación de estas personas que han entrado en contacto con la administración de justicia, en muchos casos después de una larga trayectoria asistencial en la comunidad sin éxito terapéutico. En 2006 la Secretaría General de IIPP realiza el primer estudio epidemiológico en España sobre enfermedad mental en el medio penitenciario⁹. Un estudio basado en los registros que aparecen en las historias clínicas de los internos, con una muestra cercana a los mil casos, representativa del conjunto de los reclusos dependientes de las prisiones administradas por el Estado, recuérdese que Cataluña tiene su propia administración penitenciaria. Este estudio será completado en 2009 con una encuesta realizada con una metodología equivalente a la empleada por los más prestigiosos estudios epidemiológicos sobre salud mental en la comunidad, en una muestra menor, de setecientos internos, pero en los que ya se incluyen reclusos de la Comunidad Autónoma de Cataluña³. En ambos estudios se obtienen resultados similares, hasta un 85% de las personas que ingresan en prisión han padecido a lo largo de su vida un trastorno mental, de ellos un 10% habían tenido antecedentes de un proceso psicótico y hasta el 76% de adicción a drogas.

⁸ Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Dirección General de Coordinación Territorial y Medio Abierto. Coordinación de Sanidad, Ministerio de Interior. Hospitales Psiquiátricos dependientes de la Administración Penitenciaria. Propuesta de Acción. http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/bEpidemiologicos/PROPUESTA_DE_ACCIóN_HOSPITALES_PSIQUIáTRICOS_PENITENCIARIOS.pdf (Consulta Diciembre 2012)

⁹ Dirección General de Instituciones Penitenciarias Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Estudio Sobre Salud Mental en el Medio Penitenciario. Diciembre 2006. Documento Interno.

ENFERMOS MENTALES DECLARADOS INIMPUTABLES

Como ya se ha dicho, las reformas psiquiátricas en España en los años 80 han configurado el contexto que ha transformado los modelos de atención en salud mental, pasando desde un modelo asilar a un modelo comunitario, y modificando así mismo la forma de analizar y valorar la problemática y posibilidades asistenciales del enfermo mental.

Hoy se puede hablar del desarrollo de un modelo de atención global que desde una perspectiva comunitaria pretende ofrecer todo el abanico de posibilidades de intervención sobre el enfermo. La psiquiatría comunitaria que ha desechado el aislamiento como alternativa terapéutica, promueve la asistencia basada en la potenciación de los mecanismos socializadores, por lo que parece razonable, que en el medio penitenciario todos aquellos enfermos sometidos a una medida de seguridad que busca la curación de su dolencia y en los que se justifique un bajo riesgo criminal, sean derivados a recursos con una custodia compatible con ese riesgo, unos recursos en su comunidad, que podrían mejorar la enfermedad que padecen estas personas, con programas terapéuticos personalizados. En este modelo de atención, la rehabilitación se hace necesaria para ayudar a las personas con una enfermedad mental a su adaptación a la comunidad posibilitando que se desenvuelvan progresivamente en ella con la mayor autonomía y calidad de vida posible. Sólo los enfermos con elevado deterioro cognitivo, alto índice de incapacidad o aquellos con riesgo de conducta violenta, deberían permanecer en centros cerrados con medidas de contención para recibir la terapia más adecuada en esas condiciones. Esta debe-

ría ser la misión fundamental de los hospitales psiquiátricos cerrados y entre estos, los dedicados a enfermos sometidos a medidas de seguridad privativas de libertad, sean dependientes o no del sistema penitenciario.

Se hace pues necesario, para que el tratamiento en salud mental sea realmente eficaz, que tome protagonismo la elaboración de programas de rehabilitación psicosocial, que lleven a cabo un trabajo de integración en el entorno y de recuperación de las capacidades perdidas.

La adopción por parte del Tribunal Sentenciador de una medida de seguridad privativa de libertad o no, depende siempre del riesgo que los jueces consideren de que se pueda volver a cometer un delito por parte del enfermo, el término jurídico que el Código Penal emplea es del de peligrosidad. En función de la peligrosidad mayor o menor del enfermo se adoptará una medida de mayor o menor contención. En la aplicación del art. 97 del CP (medidas de seguridad) durante la ejecución de la sentencia debería tenerse muy en cuenta el principio de flexibilidad en la aplicación de las medidas. Con una periodicidad al menos anual, en función de la desaparición o no de la peligrosidad y de las indicaciones de necesidad terapéutica del internamiento, el Tribunal Sentenciador, deberá decidir sobre algunos aspectos fundamentales del itinerario asistencial del enfermo sometido a una medida de seguridad:

- Si mantiene la medida
- Si decreta su cese
- Si la sustituye por otra más adecuada
- Si suspende la ejecución

Todo ello en base a un protocolo de actuación que debe reunir la suficiente

información y garantías de ejecución de un plan individualizado de tratamiento del enfermo en el que se impliquen todas las administraciones concernidas, (socio-sanitaria, penitenciaria, y judicial). En todo caso, este protocolo debería asegurar la comunicación con antelación suficiente por parte del tribunal, al Ministerio Fiscal, la finalización de la medida de internamiento en los casos de haberse aplicado una eximente completa, a efectos de incapacidad civil e internamiento en centro civil, si corresponde.

Nada dice el Código Penal sobre la obligación de que el enfermo mental sometido a una medida de seguridad deba ingresar obligatoriamente en los recursos psiquiátricos hospitalarios de la Administración Penitenciaria, antes al contrario, la fórmula que utiliza el código es la de “centro adecuado”, o en la formulación más reciente que propone la reforma del Código Pena “un centro psiquiátrico”. Los Hospitales Psiquiátricos dependientes de IIPP proporcionan una alta capacidad de contención y control, lo que es apto para un determinado tipo de pacientes. El perfil idóneo para ingresar en estas instituciones debería ser consensuado por las administraciones públicas sanitarias penitenciarias y judiciales, se trataría en general de aquellos enfermos con un Trastorno Mental Grave, con elevado riesgo de conductas violentas, sobre los que pesa una medida de seguridad. El resto de enfermos, con una capacidad criminal leve, podrían ser atendidos en recursos hospitalarios de su comunidad, donde el proceso de rehabilitación sin duda sería más efectivo.

Es preciso por tanto elaborar una estrategia de concienciación dirigida a la Judicatura, Autoridades Sanitarias, Comunidades Autónomas, Asociaciones de familiares, sociedad en general, sobre el papel que deben jugar los Centros Psiquiátricos Penitenciarios y la necesidad de disminuir la sobreocupación que sufren, en gran parte debida a la atención de enfermos que no deberían haber sido derivados a ese recurso, pero para los que el tribunal sentenciador no ha encontrado otra vía asistencial, al haber sido rechazados por los servicios sociosanitarios de su comunidad; teniendo además en cuenta, que el objetivo de los hospitales psiquiátricos penitenciarios es puramente asistencial y que esa asistencia es más difícil en condiciones de saturación de los recursos. Es deseable por tanto, que en los casos en los que las circunstancias procesales, sociales y clínicas lo aconsejen, se de una clara prelación del internamiento en un centro de la red sanitaria externa en lugar de un internamiento en instalaciones propias de la Administración Penitenciaria.

Este problema ha sido estudiado por un amplio grupo de trabajo multidisciplinar promovido por la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria durante los dos últimos años y las conclusiones de consenso del grupo de especialistas en psiquiatría, jueces, fiscales, forenses, trabajadores sociales, educadores, psicólogos se trasladaron hace unos meses a la Estrategia de Salud Mental del Ministerio de Sanidad para su estudio y publicación como recomendación de la propia Estrategia¹⁰. En resumen, estas conclusiones son entre otras las siguientes:

¹⁰ Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Documento de Consenso de las Comisiones de Análisis de Casos de personas con enfermedad mental sometidas a penas y medidas de seguridad. Madrid 2012. En prensa.

– Alrededor del 30% de los pacientes ingresados en los dos hospitales psiquiátricos dependientes de la administración penitenciaria no cumplen criterios clínicos para que la atención que se les presta en estos recursos les sea útil, cuando no claramente perjudicial, su proceso terapéutico debería avanzar en un dispositivo ambulatorio y su riesgo de conducta violenta no justifica su internamiento. Las comunidades autónomas responsables de recursos asistenciales extrapenitenciarios donde estos internos podrían ser derivados, rechazan con frecuencia su asistencia lo que dificulta su proceso de reinserción social y su adecuado tratamiento clínico. Esto es debido a que los enfermos mentales ingresados en los psiquiátricos penitenciarios sufren un fuerte estigma social; por una parte son enfermos mentales y por otra, han cometido un delito. Parece aquí primar su condición judicial antes que la de padecer una enfermedad, cuyo tratamiento evitaría en todo caso una hipotética reincidencia.

–No se aportaron datos en los dos años del estudio, que demuestren un aumento del riesgo para la seguridad en la comunidad, al actuar primando la derivación del enfermo mental sometido a medidas de seguridad hacia recursos más asistenciales frente a otros de mayor control.

–Una adecuada derivación reduce la reincidencia

–Una adecuada derivación ahorra costes sociales y económicos

–Una adecuada derivación precisa la creación de mecanismos estables de coordinación entre administraciones. Es preciso establecer un protocolo de derivación consensuado entre los dispositivos psi-

quiátricos de la Institución penitenciaria, los recursos socio-sanitarios de las CCAA y los tribunales de los que depende el enfermo, lo que permitirá la continuidad asistencial en los casos de fin de la pena o medida de seguridad privativas de libertad.

ENFERMOS MENTALES DECLARADOS RESPONSABLES DEL DELITO

El otro gran grupo de situaciones legales que determinan una clase diferenciada de necesidades asistenciales en el sistema penitenciario es el de los enfermos mentales que han sido declarados culpables del delito que cometieron, tenga o no relación éste con su salud mental. Se trata por tanto de internos por enfermedad sobrevenida durante su estancia en prisión o con una reagudización de su proceso mental crónico, previo al delito y probablemente desconectado de la conducta criminal. Estos enfermos se encuentran en un centro penitenciario común y deben ser atendidos de un trastorno mental de diferente naturaleza y gravedad en ese entorno, por otra parte nada propicio.

En estos casos, como en los anteriores, la institución penitenciaria recurre a las recomendaciones de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud para su tratamiento. La excepcionalidad de la situación y su dificultad consiste en mantener en el medio penitenciario los principios y valores básicos del modelo comunitario de atención a la salud mental, promoviendo la autonomía de los enfermos, la continuidad de sus cuidados, la accesibilidad de los mismos, basándolos siempre en una actuación multiprofesional que abarque a todos los problemas de salud en su conjunto, fomentando la equidad en los cuidados, dirigiendo el trata-

miento a la recuperación social del enfermo y buscando la corresponsabilidad de todas las instituciones involucradas en su rehabilitación. En resumen, buscando siempre la máxima calidad de la asistencia en un entorno como el penitenciario que no favorece el cuidado de enfermos mentales graves.

La respuesta a esta situación que la administración penitenciaria en España puso en marcha para el territorio nacional, salvo Cataluña, se concentró en el “Programa PAIEM”, Programa de Atención Integral al Enfermo Mental en prisión. La respuesta a estas necesidades comenzó a plantearse en Junio de 2007 cuando se publicó el “Plan de Salud Mental de IIPP”, se establecieron los primeros objetivos y unas líneas generales que están hoy vigentes:

- La detección temprana de internos en prisión con enfermedad mental
- El diagnóstico y tratamiento de sus patologías
- La rehabilitación de las discapacidades y minusvalías que presentan
- La reinserción socio-asistencial

Después de un periodo de pilotaje de las actuaciones que se proponían en el plan, y tras la evaluación de los resultados, se llegó al Protocolo de Aplicación del Programa de Atención Integral a Enfermos Mentales en centros penitenciarios (PAIEM), cuya puesta en marcha

progresiva se inició en Septiembre de 2009¹¹, hoy está presente en el 90% de los centros penitenciarios comunes, atendiendo a un número de internos cercano al 4% de la población total reclusa.

El PAIEM actúa mediante equipos multiprofesionales en los centros, impulsados por el director y los subdirectores de tratamiento y de sanidad, pero compuestos por todos aquellos profesionales que pueden intervenir en las actividades asistenciales con estos enfermos en su vida diaria en prisión: personal sanitario, personal especializado del servicio de psiquiatría de la Comunidad Autónoma, psicólogos, educadores, trabajadores sociales, profesionales de Asociaciones u ONGs, juristas, maestros, monitores deportivos u ocupacionales y funcionarios de vigilancia. El equipo que interviene en el Programa de Atención Integral al Enfermo Mental en prisión, lo hace generalmente en un espacio físico dentro del centro penitenciario, generalmente la enfermería del centro, junto con algún otro módulo concreto asociado, que se convierte en el espacio terapéutico necesario para el proceso rehabilitador del enfermo mientras éste se encuentre en prisión. Estos espacios se ponen a disposición de los pacientes pero con la precaución de que no se conviertan en ghettos donde agruparlos y separarlos del resto de internos para que no “entorpezcan” la vida normal del centro, al contrario, son lugares donde fortalecer sus mecanismos de inserción en la vida penitenciaria normalizada, desde los que se sigue un plan individualizado de intervención, poniendo a disposición de cada

¹⁰ Protocolo de Atención Integral al Enfermo Mental en Prisión. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Coordinación de Sanidad Penitenciaria, Dirección General de Coordinación Territorial y Medio Abierto. Ministerio de Interior. http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/descargas/Protocolo_PAIEM.pdf (Consulta Diciembre2012)

enfermo todas las actividades resocializadoras que se llevan a cabo en el establecimiento, los talleres productivos o terapéuticos, de formación, de rehabilitación, etc. Estos espacios físicos, junto a la programación de sus actividades terapéuticas, constituyen la esencia de intervención de la “Unidad Psiquiátrica” que debe actuar en cada centro penitenciario según el Reglamento vigente de 1996. Es por tanto más que una unidad física como tal, una unidad funcional.

En la primera evaluación, realizada recientemente se han observado algunos efectos interesantes en los centros penitenciarios:

–El PAIEM sirve de nexo de unión con otros programas asistenciales específicos (Programa de enfermería para enfermos mentales) (Módulos Terapéuticos) (Grupo de Ayuda al Drogodependiente), que mejoran la atención de los enfermos mentales graves ingresados en el centro.

–Los niveles de ansiedad y estrés de los internos que padecen este tipo de patologías mejoran, no solo con la medicación sino también con la intervención terapéutica en sus distintas vertientes.

–Los niveles de conflictividad del departamento se reducen considerablemente desde la puesta en marcha del programa. El uso de la mediación social se configura aquí como un elemento importante.

–Mejoran el estado, cuidado y limpieza tanto de las instalaciones del departa-

mento destinados a albergar a los enfermos como el de su aseo y limpieza personal.

–Se produce un aumento enorme de la participación de los internos en las distintas actividades socializadoras y rehabilitadoras del centro.

–Fruto de todo lo dicho hasta aquí, el ambiente percibido en el departamento evoluciona desde el propio de un gueto hasta el de un lugar de convivencia ordenada y en muchos casos “agradable”.

CONCLUSIÓN

Como dice textualmente el último informe del Defensor del Pueblo¹² “*El tratamiento del enfermo mental en prisión, tanto en sus centros especializados como en las prisiones ordinarias debe dejar de ser un reto que la Administración penitenciaria afronte casi en solitario, a ser responsabilidad de los poderes públicos en su conjunto en la medida en que se ha de evitar que los procesos de recorte del gasto público limiten la adopción de aquellas medidas que son necesarias para mejorar la situación de estas personas enfermas y privadas de libertad y exige una participación más activa de las administraciones autonómicas competentes*”.

En el momento actual, desde el punto de vista jurídico, el debate sobre donde deben cumplir las medidas de seguridad dictadas por los tribunales de justicia al juzgar a personas que a consecuencia de una enfermedad mental han cometido un delito, intenta solucionarlo el Real Decreto 840/2011, de 17 de junio, por el que se establecen las circunstancias de ejecución de estas medidas. En su art. 20 señala:

¹² Informe Anual del Defensor del Pueblo 2011 p 123 (Consulta Diciembre 2012)

“las medidas de seguridad se cumplirán en los centros adecuados, públicos o concertados de las Administraciones Públicas competentes por razón de la materia y del territorio” y en sus arts. 21 y 22: “la competencia expresa de la Administración Penitenciaria para la ejecución de las medidas privativas de libertad de internamiento en establecimiento o unidad psiquiátrica penitenciaria”.

La ley no establece la necesidad inexcusable de que estos enfermos ingresen en dispositivos asistenciales dependientes de la Institución Penitenciaria, destinados siempre por su naturaleza arquitectónica, estructural y de objetivos, a la máxima contención, aislamiento y seguridad, sino que más bien se puede optar por recursos de diferente grado en el binomio contención/rehabilitación, por lo que se puede optar por dispositivos de la comunidad más especializados en la asistencia, la rehabilitación y la reinserción, siempre en función de las características del enfermo. Señala el Decreto Ley que la tutela del enfermo corresponde a la Institución Penitenciaria, por tanto ésta debe hacer el seguimiento y la coordinación del cumplimiento de la medida. El mencionado Real Decreto desarrolla la Ley Orgánica 5/2010, de reforma del Código Penal donde se establecen modificaciones importantes en la ejecución de las medidas de seguridad privativas de libertad. Por ejemplo, en la reforma propuesta se hace depender la duración de la medida de seguridad del grado de peligrosidad del enfermo en lugar de como hasta ahora, la gravedad del delito cometido.

¿Cuáles son en definitiva las claves para resolver el debate recurrente sobre qué hacer con los enfermos mentales que han cometido o están en riesgo cierto de come-

ter un delito a causa de su enfermedad?

Tengamos por ciertas algunas evidencias:

1.– La locura está unida a la privación de libertad, el encierro de los dementes es históricamente anterior al de los delincuentes, el enajenado es considerado potencialmente peligroso y en cualquier caso improductivo y molesto.

2.– A principios del siglo XIX se comienza a plantear un tratamiento diferenciado del loco delincuente y a cuestionar la influencia de la primera condición en la génesis de la segunda.

3.– Desde entonces, el tratamiento penal y penitenciario de los enfermos mentales no ha dejado de ser objeto de serias discusiones, al no haber unidad de criterio en aspectos como la definición de las alteraciones que puedan ser susceptibles de generar una declaración de inimputabilidad, o la conveniencia o no de su internamiento en centros de naturaleza penitenciaria.

4.– El Código Penal, deja tantos espacios a la interpretación, que es preciso acudir de forma permanente a la jurisprudencia para poder resolver el conflicto entre libertad y seguridad que genera el mundo de la salud mental en el marco de la ejecución penitenciaria

5.– Siempre hubo unanimidad en que al delincuente enfermo debía dársele una atención médica especializada, especialmente en las últimas décadas

6.– Los enfermos que han sido declarados inimputables, con bajo potencial criminógeno, esto es baja criminalidad o mejor dicho, con bajo riesgo de conducta violenta, deberían rehabilitarse en centros

con alto potencial de actuación especializada en régimen ambulatorio, cerca de su comunidad.

7.– Los enfermos que han sido declarados inimputables, pero con alto potencial criminógeno, o alto riesgo de conducta violenta, deberían permanecer en centros con altas medidas de contención para recibir la terapia más adecuada en esas condiciones, esta debe ser la misión fundamental de los hospitales psiquiátricos dependientes de la institución penitenciaria.

8.– Los enfermos que han sido declarados imputables, deben seguir un programa asistencial en los centros de cumplimiento, que asegure la continuidad asistencial y la equidad de recursos.

9.– Las posibilidades de respuesta al tratamiento en este tipo de enfermos siempre dependerán de estos factores¹³:

A)– De los recursos estructurales disponibles en cada Institución

B)– De las experiencias del enfermo previas al ingreso en el Centro Penitenciario

C)– De los contactos con el mundo exterior que pueda propiciar la institución penitenciaria mientras el enfermo se encuentra en ella

D)– De las expectativas de futuro que el enfermo tenga en la comunidad una vez terminado el proceso judicial

Contacto:
JManuel.ArroyoC@dgip.mir.es

¹³ García Andrade JA. La Patología Psiquiátrica en las Prisiones. En Psiquiatría Legal y Forense. Vol II. Delgado Bueno S. Colex Madrid 1994 pp 57-69

Enfermedad mental y drogas en prisión

Mental illness and drugs in prison

María del Mar Lledó Sainz de Rozas

Psicóloga y Dra. en Sociología. Profesora de la Escuela Universitaria de Trabajo Social de Vitoria-Gasteiz de la Universidad del País Vasco

César Manzanos Bilbao

Dr. en Sociología. Profesor de la Escuela Universitaria de Trabajo Social de Vitoria-Gasteiz de la Universidad del País Vasco.

Marcos Álvarez Lledó

Ldo. en Derecho.

RESUMEN

La prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas en prisión es muy alta, así como la comorbilidad entre dependencia a sustancias y otros trastornos mentales. Sin embargo, y a pesar de haber encontrado estudios realizados por Instituciones Penitenciarias que lo confirman, son escasas e insuficientes las respuestas que se han puesto en marcha para garantizar un diagnóstico y tratamiento adecuado. Los problemas de conducta derivados de la situación mental y psicológica de las personas consumidoras de drogas que están en prisión, acarrear castigos que difícilmente rompen la relación consumo-respuesta-consumo. Las medidas disciplinarias cuando existen grandes dificultades para controlar el consumo y la conducta, suponen situaciones de riesgo de recaída, que ponen en cuestión el derecho a la salud. Además las opciones para asumir responsabilidades y ser autónomos y autónomas, como parte de la rehabilitación de la dependencia, son confusas y crean relaciones de doble vínculo.

Palabras clave: consumo, drogas, cárcel, salud mental.

PLANTEAMIENTO DE LA CUESTIÓN

En las prisiones hay gran cantidad de personas con enfermedades mentales y no siempre están diagnosticadas (Vicens-Pons

ABSTRACT

The prevalence of psychoactive substance use in prison is very high, and the comorbidity of substance dependence and other mental disorders. However, despite having found studies by correctional institutions which confirm this, have been introduced uncommon and inadequate responses to ensure appropriate diagnosis and treatment. Punishment consequence of behavior problems of people who use drugs in prison resulting from mental and psychological situation, hardly break the vicious circle consumption-response-consumption. Disciplinary actions when there is difficulty in controlling consumption and behavior are high risk situations which discredit the right to health. The options to take responsibility and be autonomous, as part of the rehabilitation of dependency, are confusing and create relationships with double bind.

Key words: consumption, drugs, prison, mental health

y Grupo PRECA, 2009). Las condiciones de vida durante el encarcelamiento generan patologías mentales, así como agravan las mismas en quienes ya las padecen, como consecuencia del enorme sufrimiento emocional que genera el encierro. Además de

aglutinar a personas con enfermedades mentales, la prisión es el lugar de cultivo para la morbilidad en salud mental (Casares-López, 2010). Se generan procesos de contaminación física y emocional (Valverde, 1997), que conllevan una enfermedad mental severa. Así, muchas personas que están en prisión, requieren de tratamientos específicos, que no siempre tienen a su alcance.

La mayoría de las personas ingresan en prisión por primera vez, durante su adolescencia o a edad temprana como jóvenes adultos-as. Este es el tiempo en el debutan la mayoría de las enfermedades mentales, por lo que se hace difícil determinar cuántas de las personas que han tenido su primer brote psicótico o primera crisis aguda, la hubieran tenido fuera en el supuesto de no haber estado encerradas. Lo que sí se puede decir es que las condiciones de vida de la prisión, son precisamente aquellas que los estudios señalan como de riesgo de aparición de problemas mentales en personas vulnerables (Manzanos, 2007). Esta situación se agrava sobre todo en los casos de condenas largas y cuando los reos permanecen en recintos de alta seguridad (Observatorio Europeo de las Drogodependencias, 2004).

El caso de las mujeres cobra especial relevancia, ya que una proporción elevada ingresa tras haber sufrido abusos sexuales y psicológicos durante la infancia, así como violaciones y violencia doméstica como adultas, con los consiguientes trastornos mentales derivados de estas vivencias (Manzanos y Balmaseda, 2003). Además, en comparación con los hombres, permanecen en lugares más pequeños y están más mezcladas y sufren mayor riesgo de hacinamiento, de contagio de las situaciones de angustia, de conflictividad en las relaciones, etcétera.

Las personas consumidoras de drogas representan un alto porcentaje de la población reclusa total (ESDIP, 2011). Hay que tener en cuenta que los estudios sobre la prevalencia de consumo de sustancias en los últimos 12 meses antes del ingreso en prisión (ESDIP, 2011), y en los últimos 12 meses entre población general (EDADES, 2011), señalan que el consumo de todas las drogas al entrar en la cárcel es prácticamente elevado y significativamente mayor que entre la población general española, pudiéndose agravar entre otras razones, porque el acceso a las sustancias dentro de las mismas es muy elevado y porque al ser recintos cerrados parece más complicado alejarse de las drogas y de su consumo.

Los recortes que se están produciendo en la actualidad en los recursos públicos destinados al tratamiento de la salud mental y de las drogodependencias, no harán más que incrementar la posibilidad de que las personas con problemas mentales y/o drogodependencias acaben en prisión. La falta de dinero, de vivienda, de ocupación, de trabajo, de respaldo social, etcétera, son situaciones de estrés difíciles de manejar para quienes son más vulnerables psíquica y emocionalmente. Por ello, si las personas más débiles ante la inestabilidad social y el desequilibrio estructural, carecen de lugares seguros para vivir, sus reacciones ante la subsistencia serán más desproporcionadas, excesivas y descabelladas, ya que se encuentran ante un sistema que no les considera, ni protege.

A pesar de que no se pueda decir que las personas con enfermedades mentales y/o drogodependencias estén especialmente inclinadas a cometer delitos, es claro que la falta de recursos y posibilidades de apoyo

aumenta sus niveles de frustración y, les obliga a una adaptación permanente al cambio para el que no están preparadas y ante la cual reaccionan con rabia.

La prisión a menudo se convierte en el castigo para aquellos y aquellas que no se adaptan. Cuando las personas con enfermedades mentales son etiquetadas como criminales, la sociedad se evita tener que crear recursos socio-sanitarios, servicios asistenciales, centros de rehabilitación. Se evita la necesidad de desarrollar Políticas sociales (Martínez, 2005). No hace falta hablar de justicia social hacia las personas vulnerables, ya que éstas no existen como tales, pasan a ser consideradas personas peligrosas, a ser objeto de las políticas criminales y no sociales.

PATOLOGÍA DUAL EN PRISIÓN: DEPENDENCIA A SUSTANCIAS Y TRASTORNO MENTAL

La coincidencia de la edad de la primera entrada en prisión con la edad en la que se inician los primeros consumos tanto de la droga principal como de las otras, en los casos de policonsumo (Casares-López, 2008), y la alta prevalencia de trastornos mentales, son determinantes a la hora de organizar y estructurar un tratamiento bio-psico-social (Casares-López, 2010).

Numerosos autores ya han investigado sobre esta alta ocurrencia de psicopatología concomitante en personas adictas al alcohol y otras drogas (Nocon et al, 2007; Schulte, 2008). Algunos señalan entre los trastornos con mayor prevalencia entre las personas consumidoras, al trastorno límite de la personalidad, al trastorno antisocial, al trastorno por evitación, al trastorno pasivo-agresivo y al trastorno obsesivo-compulsivo (San, 2004).

En prisión se confirma esta circunstancia, y según un estudio realizado por Casares-López (2010), entre las personas que están en prisión con diagnóstico de abuso de alcohol, casi una de cada dos personas tiene un patrón de personalidad antisocial y dependiente. De la misma forma, determina que el 39,5% de los casos puede recibir el diagnóstico de trastorno delirante, el 26,7% de trastorno del pensamiento del tipo psicótico y por último el 23% compartirían un diagnóstico de depresión mayor. Así, este autor considera que esta comorbilidad que se produce entre dependencia a sustancias y trastornos mentales, “es aún mayor cuando el contexto de estudio se circunscribe a la prisión, donde las personas con toxicomanías presentan más trastornos de personalidad y más graves que un grupo similar de sujetos no encarcelados” (Casares-López, 2010: 240).

Estos resultados vienen a confirmar también la denuncia reiterada por prestigiosas instituciones y organizaciones, como la propia Organización Mundial de la Salud, la cual estimó que la prevalencia de alteraciones psiquiátricas entre la población penitenciaria es hasta siete veces mayor que entre la población general. El estudio PRECA realizado en centros penitenciarios españoles, pone en evidencia la relación entre el consumo de drogas y el trastorno mental, y determina que la prevalencia de presentar cualquier trastorno mental es del 41,2% entre la población penitenciaria (Estudio PRECA, 2011).

Arroyo (2002) estimó que en la prisión de Zuera en Zaragoza, el porcentaje de personas presas con trastornos de personalidad antisocial, límite, paranoide, narcisista o esquizoide era del 31%. Sin embargo, y según el mismo estudio, el porcentaje de personas con sanciones disciplinarias ascendía al 90% entre las consumidoras sin

diagnóstico de trastorno de la personalidad, por lo que se entiende que no recibían tratamiento por estos posibles trastornos de ansiedad no especificado y de depresión mayor, ante los cuales mostraban una evolución desfavorable.

Las condiciones de la prisión muy a menudo provocan el desmoronamiento psicológico y emocional de las personas. Ello hará que las personas con dependencia a sustancias y trastorno mental tengan más dificultades para adaptarse a la vida de la prisión, a sus normas, sean castigadas por no cumplirlas, por sus excentricidades de comportamiento, incontinencia verbal, etcétera, lo cual se convierte en un círculo vicioso que agrava sus patologías y dependencias. Si además, el trastorno no está diagnosticado, la persona no va a tener ni siquiera claves para comprenderse a sí misma y ser comprendida por las demás.

Aunque no haya duda de la importancia del tratamiento para estas personas, las palabras de Rodríguez- Arrebola (2005: 140), persona experta en Instituciones penitenciarias del equipo de Equipo de Salud Mental las Albarizas en Marbella (Málaga), así lo corroboran: “el tratamiento más completo lo constituiría una combinación de ambas estrategias, farmacoterapia y psicoterapia, valorando cada paciente individualmente”. Es cierto que la interrupción del consumo de drogas por parte de una persona dependiente, en numerosas ocasiones, se realiza como consecuencia de la presión, obligación y/o coacción externa, y ésta puede provenir tanto de la prisión como de los sistemas judiciales, de la familia, como de una situación económica precaria, laboral, etcétera.

De estas situaciones obligadas de abstinencia, la persona puede obtener aprendizajes para el control personal y de la sustancia,

y mejorar sus expectativas de eficacia y resultado, aumentando su motivación ante una futura abstinencia prolongada. Pero es importante tener en cuenta que cuando la presión desaparece, es muy probable que vuelva el consumo, si estos aprendizajes de control y motivación no han sido adecuadamente reflexionados y valorados, y no se ha entendido el cambio en un contexto capaz de concebir su evolución (Lledó, 2001).

El control de las consecuencias negativas del consumo de drogas no es en sí mismo motor de cambio, a menos que garantice un nivel de satisfacción en la nueva situación. Aún en el caso de que este control consiga aumentar las expectativas de eficacia, éste no será motivador a menos que las expectativas de resultado de la abstinencia no resulten gratificantes. Si la abstinencia no consigue que la persona aumente su creencia de que es capaz de asumir responsabilidades y relacionarse con el contexto social, la coacción será insuficiente para mantener la abstinencia, y una vez desaparecida, volverá el consumo. El no consumo de drogas no implica el cambio de relación con la sustancia, ni maduración personal para hacer frente a la dependencia, por lo que la vuelta al consumo anterior es muy factible.

CONDICIONES DE VIDA EN PRISIÓN Y RELACIÓN CON EL CONSUMO DE DROGAS

Los programas de mantenimiento de la abstinencia, así como los de prevención de riesgos y daños asociados al consumo, se basan en estructurar un estilo de vida que permita responder ante situaciones que cuestionan bien la abstinencia, bien la salud de las personas, respectivamente. Algunas de las situaciones que se viven comúnmente en prisión, son contrarias a este propósito.

Vamos a exponer cuales son los condicionamiento y/o limitaciones que fruto de las condiciones materiales y ambientales de vida en prisión impiden la posibilidad de desarrollo de estos programas en las personas consumidoras de drogas.

a. Aislamiento

El consumo de drogas produce aislamiento y distorsiona las relaciones sociales y la comunicación, lo cual refuerza el círculo vicioso de la adicción; consumo-aislamiento social-consumo. Cuanto más se consume, mayor aislamiento social, y cuanto mayor aislamiento social, mayor dependencia y consumo. Esto es debido a que sólo desde la pertenencia, se puede ser autónomo y sólo desde la autonomía, se puede pertenecer. Así, la prisión como espacio cerrado y aislado, entra en juego fomentando la relación de dependencia.

b. Separación del entorno familiar y social

La solución se convierte en problema cuando los diferentes factores implicados, su contexto familiar y social, no se tienen en cuenta, o cuando entre la persona y el servicio no se consigue crear un sistema que conlleve el cambio. Si el síntoma ha de entenderse en el sistema familiar en el que se genera, y si además se piensa que su superación exige cambios en este sistema, es difícil que ello se produzca manteniendo a la persona alejada de la familia. Será la superación de los vínculos de dependencia, por aquellos de pertenencia, lo que permita que la persona sea autónoma, y no al revés. Cuando la única intervención en el tratamiento de las drogodependencias se limita a la administración del fármaco, y no se introduce la terapia individual, grupal y familiar, lo que se puede reforzar es el mantenimiento del síntoma.

c. Falta de privacidad

Ningún profesional de la salud mental entenderá un tratamiento que no esté basado en la privacidad. Sin embargo, en las prisiones, la relación entre el y la terapeuta y la persona presa va a estar mediada por el funcionariado del centro. En muchos casos, la psicóloga es una profesional adscrita al Cuerpo Técnico de Instituciones penitenciarias, la cual a su vez desempeña tareas de clasificación y control de cumplimiento de condenas (Bobes, 2001). En otros, este o esta profesional pertenece a un grupo religioso o de la comunidad, que para garantizar su acceso ha de mantener una relación activa con Instituciones penitenciarias. De alguna manera ha de someterse a las exigencias de la misma, si quiere contar con el permiso de entrada.

Además, son los funcionarios y funcionarias las que llaman al preso/a, le buscan, le comunican o no el inicio de la terapia, quienes les acompañan de vuelta a sus celdas, etcétera. Ello supone, en muchas ocasiones, que el resto de compañeros y compañeras se enteren de la situación y puedan interferir en la misma. La relación está tan contaminada que no permite distinguir de quién parte la demanda, ni si ésta ha sido estimulada hacia el cambio personal o hacia la búsqueda del modo para salir de prisión.

d. Falta de autonomía

Son escasas las decisiones que puede tomar una persona ingresada en prisión, ya que incluso ante las sanitarias, no siempre prevalece su opinión. Algunos y algunas autores y profesionales de centros penitenciarios defienden los derechos de éstos a decidir ante un tratamiento, por considerarlo éticamente ajustado, socialmente justificado y

adaptado a la práctica médica (García, 2007; Arribas, 2009).

Favorecer la adherencia a los tratamientos lleva implícito el desarrollo de la autonomía de las personas. Sería preciso cuestionarse si se garantizan algunas de las claves que la refuerzan, antes que recurrir a sentencias judiciales que impongan tratamientos rechazados por las personas. La adherencia al tratamiento y la toma de decisiones autónomas por parte del y de la paciente, se basan en la relación con el personal sanitario, ya que a través de él, la persona enferma va a percibir la enfermedad y el tratamiento. Cuando el tratamiento falla, se debe en muchas ocasiones, a la inadecuada relación médico-paciente, a la atención fragmentada, a la falta de coordinación, a problemas psicológicos y depresivos, a la falta de conocimiento, a la falta de confianza, de expectativas, etcétera.

e. Accesibilidad cuestionada al fármaco

Algunos autores señalan que las prisiones son lugares en los que la accesibilidad al fármaco es mayor, y como consecuencia de ello y de otras variables más, las personas internas consumirían más psicofármacos que las que están fuera de prisión. Estos también reconocen en la institución, la capacidad de detección, seguimiento y detección de la toma del fármaco (Varela, 2007). Según este mismo estudio, el 65,1% de los internos de la CP Madrid III estaba en 2005, en tratamiento de ansiolíticos, el 37,7% de antidepresivos, el 33% de hipnóticos, el 27,4% de antipsicóticos y, un dato curioso, el 8,1% tomaba antiepilépticos. La hipermedicalización del tratamiento en prisión puede ser una medida para paliar la dificultad que existe de acceso a otras terapias no médicas, alternativas y de probada eficacia.

El fármaco es una herramienta importante para la rehabilitación, ya que es la sustancia equilibradora que puede facilitar la calma, mejorar el ánimo o bloquear los síntomas alucinatorios, pero la recurrencia al mismo de forma ligera y continuada, casi como único modelo de acercamiento al problema, supone no atender al sufrimiento y malestar psicológico sobre el que se debería actuar, por lo que difícilmente esta sustancia conseguirá ser eficaz por sí sola. Todas las situaciones y problemáticas personales se colocan a un mismo nivel de intervención, aunque en drogodependencias se haya demostrado el fracaso de esta técnica.

La medicación es una respuesta necesaria al problema, pero no suficiente, por lo que no debería ser la única. El abordaje psicológico, los programas de prevención de recaídas y de reducción de riesgos, los programas educativos sobre recuperación de habilidades básicas e instrumentales, de habilidades sociales y de comunicación, las medidas de inserción socio-laboral, son de difícil implantación en las prisiones. El alto nivel de estrés bajo el que se estructura el día a día, las condiciones rígidas de relación entre la persona sanitaria y la interna, y la alta disponibilidad hacia la droga, favorecen el que el fármaco se convierta en otra droga más para la evasión, la evitación y el engaño.

f. Largos periodos de reclusión y traslados entre cárceles

Si el sistema penitenciario español defiende la finalidad resocializadora de la pena, la prisión no debe significar el modo de expulsar de la sociedad a una persona. Generalmente los largos periodos de reclusión suelen caracterizarse por traslados entre prisiones, y una probabilidad mayor

de desconexión social. Estos traslados hacen imposible la relación terapéutica, ya que no permiten mantener en el tiempo las condiciones de confidencialidad, intimidad y respeto que requieren. Se supone que la adherencia a los tratamientos basada en gran parte en estos vínculos que se establecen con el personal sanitario, es de escasa relevancia para la institución, ya que antepone la seguridad a otras cuestiones terapéuticas relacionadas con el seguimiento y mantenimiento de un tratamiento por un equipo médico, etc.

g. Inactividad

En general, las posibilidades de hacer actividades dentro de la prisión son pocas. En el caso de que las hubiera, éstas se suelen planificar en interés de la institución más que de la persona. Existe poco personal técnico responsable, ya que la mayoría se dedica a labores de control del régimen penitenciario y de vigilancia. En la mayoría de los casos, se dejan en manos de movimientos religiosos y ciudadanos, ajenos a la prisión, lo que no garantiza la estabilidad de las mismas. Son escasas las facilidades para el estudio, a pesar de que éste pueda suponer un recurso necesario de reintegración social, y una estrategia eficaz para la prevención de las situaciones de exclusión y dependencia. Además, el problema de hacinamiento impide que las actividades que se ofrecen alcancen a todos los destinatarios.

h. Hacinamiento, masificación, instalaciones.

El hacinamiento supone un riesgo de abusos a los derechos humanos, no garantiza el tratamiento individualizado de los problemas, y hace que aumente el riesgo de contagio de conductas de consumo de sustancias. El mal estado de algunas insta-

laciones (humedades, grietas, ventilación, etc.), las limitaciones en los equipamientos básicos en celdas y salas comunes, en los productos higiénicos básicos, etc., no son las condiciones más idóneas para estimular la motivación hacia el cambio basado en la salud y en el control personal y de los síntomas.

i. Régimen basado en la seguridad y el castigo.

El artículo 3.4 de la Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria (en adelante, LOGP), relativo al deber de la Administración penitenciaria de velar por la vida, integridad y salud de los internos, es el que contradice algunas de las medias de aislamiento como sanciones disciplinarias, cuando son incompatibles con el estado de salud física y mental de las personas internas (Arribas, 2009). En todo caso las medidas coercitivas, según esta Ley, únicamente se podrían utilizar cuando no sean una sanción encubierta, de forma proporcional al fin perseguido, durante el tiempo estrictamente necesario y cuando no exista otra forma menos gravosa. Es decir, habría que suponer que no se utiliza como castigo, ni para personas con problemas psicológicos y enfermedades mentales.

Cuando las personas presas son enviadas a aislamiento porque han perdido el control de su temperamento o han infringido las normas, viven con dolor emocional la reclusión. El aislamiento fomenta la rabia, baja su autoestima y capacidad de confianza en las otras personas, lo que conlleva el que salgan del mismo con menos capacidad para aceptar las reglas y convivir con otras personas. De nuevo se reproduce otro círculo vicioso, en el que la institución forma parte activa: incumplimiento de normas –aislamiento - rabia,

agresividad – incumplimiento de normas - aislamiento, etcétera.

El castigar el consumo de droga se ha demostrado como tratamiento inadecuado, ya que refuerza la frustración y rabia que se busca paliar con el consumo, volviendo a retroalimentarse. Los consumos pueden y han de ser utilizados como situaciones que facilitan información sobre la relación con la sustancia y sobre las medidas necesarias que habría que tomar, bien para controlar el consumo bien para reducir los riesgos que éste pueda tener para la salud de la persona (Lledó, 2001).

CONCLUSIONES

Las personas con enfermedad mental y/o con drogodependencias, viven desde la marginación y el estigma sus relaciones con la sociedad, lo que les hace más propensas al aislamiento social, así como a ser excluidas mediante el internamiento en instituciones cerradas.

El recurrir a políticas de encierro en espacios segregativos no hace sino contribuir a reproducir y agudizar, cuando no a cronificar sus patologías. Además impide la necesidad básica de articular respuestas que

rompan con las relaciones viciadas que se generan en su entorno, introduciéndoles a menudo, tal y como hemos explicado, en contextos relacionales totalmente contrarios a sus necesidades de tratamiento.

Aunque las tendencias en la actualidad van en sentido contrario, la mejor forma de responder a la enfermedad mental y a las drogodependencias y, ni que decir cuando se combinan en patologías duales, es en medio abierto, buscando la extensión y aplicación de toda suerte de medidas encaminadas a sustituir, suspender, reemplazar el recurso a la reclusión por programas comunitarios y socio-sanitarios extracarcenarios. El éxito de los mismos ha sido sobradamente demostrado en los casos en los que así se ha procedido

Sin embargo, por intereses ajenos al tratamiento y a la preservación del derecho a la salud, la gestión de la enfermedad mental y de las drogodependencias en las cárceles parece más destinada a reproducirlas y, a dar respuestas rentables, entre otras para la industria farmacológica y los profesionales que la administran, en un contexto donde las propias condiciones de vida fabrican sujetos susceptibles de ser clientes seguros de la misma.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Algora, I., Varela, O. (2008). "Psicofármacos y gasto en la prisión de Madrid III (Valdemoro)", en *Farmacia hospitalaria: órgano oficial de expresión científica de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria*, 32, 6: 331-338.
- Arribas, J.E. (2009). "Breves consideraciones sobre la asistencia médica forzosa a los internos en los centros penitenciarios", en *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 11: 57-63.
- Arroyo, J.M. (2002). "Los trastornos de personalidad en reclusos como factor de distorsión del clima social de la prisión", recogido el 14 de enero de 2013, en www.seetp.com, *IV Congreso Nac. de trastornos de la personalidad*. Bilbao.
- Bobes, J., Martínez, A. (2001). "Asistencia psiquiátrica en los Centros Penitenciarios españoles: Otra asignatura pendiente", en *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 3: 93-94.

Casares-López, M.J., González, A., Torres M., Secades, R., Fernández, J.R., Alvarez, M.M. (2010). "Comparación del perfil psicopatológico y adictivo de dos muestras de adictos en tratamiento: en prisión y en comunidad terapéutica", en *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10, 2: 225-243.

Castro, N.J. (2001). "Realidad penitenciaria y derechos humanos: penal de Lurigancho (Perú)". Tesis doctoral dirigida por Antonio Ruiz de la Cuesta. Universidad Internacional de Andalucía.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2011). Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España. EDADES. Madrid, recogido el 19 de diciembre de 2012, en <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/estudios/home.htm>.

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (2011). Encuesta sobre Salud y consumo de Drogas en Internados en instituciones Penitenciarias. ESDIP Madrid, recogido el 14-01-2013, en <http://www.lamoncloa.gob.es/NR/rdonlyres/BB7AA81E-E330-4EAA-AE41-61342FF73E83/221713/Encuestadrogasprisiones1.pdf>

Estudio PRECA (2011). Informe Prevalencia de Trastornos Mentales en Centros Penitenciarios Españoles, recogido el 7 de enero de 2013, en <http://www.derechopenitenciario.com/comun/fichero.asp?id=2505>

García, J., Bellver, V., Blanco, R., Galán, J.C., Mínguez, C., Serrat, D. (2007). "Autonomía y pacientes reclusos", en *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 9: 47-52.

Lledó, M.M. (2001). "Proceso de la recaída en el consumo de heroína". Tesis doctoral dirigida por Cesar Manzanos Bilbao. Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea.

Manzanos, C. (2007). "Violencia, salud y drogas en prisión", en *La prisión en España: una perspectiva criminológica*. Granada: Editorial COMARES.

Manzanos, C., Balmaseda, J. (2003). *Mujeres presas: Situación social, condiciones de encarcelamiento y propuestas de actuación*. Vitoria: Departamento de Justicia, Empleo y Seguridad Social, Gobierno Vasco.

Martínez, M. (2005). "Conversaciones: Dr. Terry Kupers. La orgía del encarcelamiento en Estados Unidos y la ideología que la sustenta", en *Revista electrónica de ciencia penal y criminología*, 7: p. c1:1-c1:19.

Nocon, A., Berge, D., Astals, M., Martín-Santos, R. y Torrens, M. (2007). "Dual diagnosis in an inpatient drug-abuse detoxification unit", en *European Addiction Research*, 13: 192-200.

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2004). *Drogas en el punto de mira*, recogido el 10 de diciembre de 2012, en http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_44768_ES_Dif14ES.pdf

Ramos, V. (2008). "El tratamiento intrapenitenciario y extrapenitenciario: elemento motivador de cambio en la conducta delictiva en una muestra de reclusos drogodependientes". Tesis doctoral dirigida por Fernando Lara Ortega. Universidad de Burgos.

Rodríguez-Arrebola, E. (2005). "Abordaje psiquiátrico de los trastornos de personalidad en el medio penitenciario", en *Revista Española Sanidad Penitenciaria*, 7: 134-141.

San, L. (2004). *Consenso de la SEP sobre patología dual*. Barcelona: Psiquiatría Editores.

Schulte, S.J., Meier, P.S., Stirling, J. y Berry, M. (2008). "Treatment approaches for dual diagnosis clients in England", en *Drug & Alcohol Review*, 27: 650-658.

Valverde, J. (1997). *La cárcel y sus consecuencias: La intervención sobre la conducta desadaptada*. Madrid: Editorial Popular.

Varela, O., Algora, I., Gutiérrez, M., Larraz, M.E., Barreales, L., Santamaría, A. (2007). "Uso de Psicofármacos en prisión (CP Madrid III)", en *Revista Española Sanidad Penitenciaria*, 9: 38-46.

Vicens-Pons, E.; Grupo PRECA (2009). "Aproximación a la Metodología para el estudio de los Trastornos mentales en población penitenciaria. El estudio PreCa", en *Revista Española Sanidad Penitenciaria*, 11: 17-25.

Correspondencia:
mariadelmar.lledo@ehu.es

¿Se puede obligar a tratar a un enfermo mental en Prisión?

Can you try to force mentally ill in prison?

Luis Alejandro Bastida Ribas

Psiquiatra E.T.A.C. de Oviedo/Consultor C.P. Villabona (Asturias-España).

RESUMEN

Al amparo de la actual legislación, se realizan ingresos urgentes-forzosos cada día en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de este país, debiéndose informar en menos de 24 horas al juzgado correspondiente. Tenemos también el polémico Tratamiento Ambulatorio Involuntario. Pese a la inexistencia de una regulación específica definitiva, los procesos de incapacitación civil, aunque muy lentos, dan respuesta a aquellas situaciones en las que un paciente se niega recurrentemente al tratamiento, y esta negativa da lugar a múltiples situaciones con efectos claramente lesivos para la salud, integridad o patrimonio, propios o de terceros.

Con la legislación vigente se puede tratar a un paciente psiquiátrico en situaciones clínicas agudas o de riesgo para sí mismo o terceros, y a aquellos pacientes estables, con o sin sintomatología residual, que se encuentren incapacitados. Ahora bien, ¿se puede obligar a tratar a un paciente psiquiátrico estable y no incapacitado en prisión?

Palabras clave: *privación de libertad, enfermedad mental, hospitalización, Tratamiento Ambulatorio Involuntario, psicofármacos, cárcel.*

INTRODUCCIÓN

El pasado 22 de noviembre la dirección de Sanidad Penitenciaria convocó en Madrid a gran parte de los psiquiatras que realizan la labor de interconsulta en las cárceles españolas, además de otros profesionales relacionados de una u otra forma con el campo de la salud mental en prisión. El objetivo de este primer encuentro

ABSTRACT

Under current law, income forced urgent-made every day on Psychiatric Wards of this country, having to report in less than 24 hours a corresponding court. We also have the controversial Involuntary Outpatient Treatment. Despite the absence of a final specific regulation processes civil incapacitation, although very slow, give answer to those situations in which a patient repeatedly refuse treatment, and this negative result in multiple situations with clearly harmful effects health, integrity or heritage themselves or others.

With current legislation can be treating a psychiatric patient in acute clinical situations or risk to himself or others, and those stable patients with or without residual symptoms, they are disabled. Now, you can try to force a stable and non-disabled psychiatric patients in prison?

Key words: *deprivation of liberty, mental illness, hospitalization, Involuntary Outpatient Treatment, psychotropic drugs, prison.*

era el de compartir experiencias y puntos de vista, además de tratar de elaborar un consenso preliminar sobre cómo organizar la atención psiquiátrica especializada en un medio tan particular y complejo como el penitenciario. También se hizo hincapié en las profundas deficiencias que presenta la situación actual, con la sobreabundancia de patología psiquiátrica grave en las prisiones, debida a la escasa y torpe

coordinación entre la administración jurídica y la sanitaria.

Aunque no era parte explícita del programa, hubo una cuestión, la que da título a este artículo, que generó una breve pero interesante polémica, teniendo en cuenta los múltiples interrogantes e implicaciones que encierra.

DESMENUZANDO LA PREGUNTA

Además de obviar el debate sobre el concepto de enfermedad mental, quedan rápidamente fuera de la discusión aquellos casos en los que un paciente psiquiátrico no preso puede ser obligado a tratamiento. La Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente (art. 9, “límites del consentimiento informado”) y la Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil (art. 763, “internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico”) regulan suficientemente el tratamiento involuntario en aquellas situaciones de descompensación psicopatológica, con riesgo para la integridad y la salud del paciente o de terceros, “de una persona que no esté en condiciones de decidirlo de por sí”. Bajo el amparo de la citada legislación, se realizan ingresos urgentes-forzosos cada día en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica de este país, debiéndose informar en menos de 24 horas al juzgado correspondiente.

Menos claro está el asunto, también polémico, del Tratamiento Ambulatorio Involuntario, es decir, la posibilidad de obligar a un paciente a recibir tratamiento, habitualmente antipsicóticos de liberación prolongada, en contra de su voluntad cuando la situación clínica aguda ha remitido y se encuentra en fase estable y ya no es precisa la hospitalización. No obstante, pese a la inexistencia de una regulación es-

pecífica definitiva, los procesos de incapacitación civil (LEC, art. 756 y siguientes), aunque muy lentos, dan respuesta a aquellas situaciones en las que un paciente se niega recurrentemente al tratamiento, y esta negativa da lugar a múltiples situaciones con efectos claramente lesivos para la salud, integridad o patrimonio, propios o de terceros.

De manera muy resumida, con la legislación vigente se puede tratar a un paciente psiquiátrico en situaciones clínicas agudas o de riesgo para sí mismo o terceros, y a aquellos pacientes estables, con o sin sintomatología residual, que se encuentren incapacitados. Ahora bien, ¿se puede obligar a tratar a un paciente psiquiátrico estable y no incapacitado en prisión?

APROXIMACIÓN OFICIAL

La respuesta de los representantes de Sanidad Penitenciaria, fue afirmativa: sí se puede obligar a tratar a un paciente psiquiátrico estable y no incapacitado en prisión, con el único protocolo de *informar* de la medida al Juzgado de Vigilancia Penitenciaria. No hay necesidad de un procedimiento judicial que determine la idoneidad de la medida, ni se nombra un tutor legal del paciente, como sí sucede en pacientes que no están presos. Simplemente el psiquiatra decide qué tratamiento farmacológico considera indicado para el paciente, y la Institución Penitenciaria estará obligada a administrárselo, aunque el sujeto se niegue.

Esta afirmación se ampara en una sentencia del Tribunal Supremo del 18 de Octubre de 2005, (recurso de casación 18/2001), que obliga a la administración penitenciaria a indemnizar a la familia por el fallecimiento de un interno infectado

por el VIH, que se negó a realizar el tratamiento antirretroviral y la quimioprofilaxis antituberculosa, encontrándose en el momento de la negativa con sus facultades cognitivas y volitivas intactas. En base a esta jurisprudencia, los servicios médicos penitenciarios no solo pueden, sino también deben, obligar a que los tratamientos farmacológicos prescritos sean administrados.

Esta sentencia se basa fundamentalmente el art. 3 de la Ley Orgánica 1/1979 General Penitenciaria (LOGP), que establece que la “administración penitenciaria velará por la vida, integridad y salud de los internos”, puesto que tiene con ellos una “relación de especial sujeción”, al ser individuos sujetos al poder público. Asimismo, el art. 45 legitima “la utilización de medios coercitivos, cuando sean necesarios, para evitar daños de los internos a sí mismos...” y el art. 138 establece que “la asistencia médica en los establecimientos penitenciarios tendrá por finalidad la prevención de enfermedades o accidentes, la asistencia o curación y la rehabilitación física o mental de los internos”.

COLISIONES LEGALES

La idea de poder tratar con psicofármacos a los presos en contra de su voluntad cuando se encuentran en una situación de estabilidad psicopatológica, genera múltiples controversias, empezando por la legal.

El artículo 25.2 de la Constitución Española indica que “el condenado a pena de prisión que estuviere cumpliendo la misma, gozará de los derechos fundamentales de este capítulo, a excepción de los que se vean limitados expresamente por el contenido del fallo condenatorio, el sentido de la pena y la Ley Penitenciaria”.

La Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente (arts. 8 y 9, referentes al consentimiento informado) es la que faculta a un paciente, pongamos por caso afecto de Trastorno Bipolar en situación de eutimia, a negarse a realizar el tratamiento con fármacos, prescritos de manera profiláctica, con el fin de reducir el riesgo de recaída.

Como se ha mencionado, la LOGP (art. 45) permite el uso de medios coercitivos, para evitar “el daño de internos a sí mismos, a otras personas o a cosas”. Aparentemente, esto anularía el derecho a negarse al tratamiento profiláctico del paciente que nos servía de ejemplo previamente, y obligaría a la Administración Penitenciaria a asegurar el cumplimiento de dicho tratamiento, de manera análoga al caso del paciente afecto de VIH que no quería medicarse que mencionamos con anterioridad.

No obstante, el propio art. 45.3 indica que “el uso de las medidas coercitivas estará dirigido exclusivamente al restablecimiento de la normalidad y sólo subsistirá el tiempo estrictamente necesario”. En este sentido, el Tribunal Constitucional, en la sentencia 120/1990, sobre la huelga de hambre de los GRAPO, quienes recurrían por el hecho de haber sido forzados a la alimentación duran la fase final de su protesta, se pronuncia en una dirección similar a la del caso del paciente con VIH, pero con un importante matiz. Entiende el TC la intervención coercitiva fue proporcional en este caso, puesto que el Juez de Vigilancia Penitenciaria rechazó la alimentación forzosa por vía oral, estando consciente el preso, pero admitió la vía intravenosa, cuando el preso había perdido la consciencia, y que su finalidad no fue la tortura o provocar sufrimiento, sino salvaguardar la vida. En esa sentencia, el TC dedica un

párrafo a manifestar la complejidad del asunto: “la intervención médica forzosa, por los valores humanos que en ella se implican, constituye un tema de excepcional importancia que irradia sus efectos a distintos sectores del ordenamiento jurídico, especialmente al constitucional y al penal, y trasciende del campo de lo jurídico para internarse en el mundo de la axiología, en el que afecta a creencias y sentimientos profundamente arraigados en la conciencia del ser humano, suscitando polémica doctrinal, muy variada y a veces irreconciliable, en la que están en juego concepciones distintas del ser humano”.

No son casos fácilmente comparables, pero es difícil ver por qué un preso en huelga de hambre, estando consciente y con sus facultades superiores más o menos intactas, tiene más derecho a negarse al tratamiento que, por ejemplo, una persona que ha sufrido un episodio psicótico agudo resuelto *ad integrum*, cuando la inminencia del riesgo vital es muy superior en el primero.

PROBLEMAS LÓGICOS

No hay jurisprudencia específica relativa a la administración coercitiva de tratamientos preventivos con psicofármacos en prisión, ni mucho menos una regulación detallada y protocolizada, aunque es algo que se realiza, con un nivel más o menos fino de coerción, cada día en las prisiones españolas. No hay que confundir este concepto (por ejemplo, la inyección quincenal de un neuroléptico depot a un paciente estable con antecedentes de psicosis), con el uso con psicofármacos como medida coercitiva, como los neurolépticos de uso intramuscular en casos de agitación, heteroagresividad o riesgo de autolesión inminente, donde la coerción

es la finalidad del tratamiento, y no el medio para asegurar una profilaxis. En situaciones agudas sí existe una regulación suficiente sobre el uso de las medidas coercitivas, como la contención mecánica o el aislamiento sanitario forzoso.

Si se asume como axioma que es deber de la Administración Penitenciaria velar por la salud de los internos, también con carácter preventivo y rehabilitador, (aunque según reza el art.138 del Reglamento Penitenciario esa es la “finalidad” de la asistencia médica, no una obligación, conceptos bien distintos), y eso permite realizar tratamientos forzosos en situación de estabilidad psicopatológica, también se debería forzar a los internos afectados de algún trastorno mental a realizar talleres ocupacionales, dejar de consumir tóxicos, escolarizarse, seguir una dieta adecuada, acudir a terapia de grupo, etc., utilizando las medidas de coerción necesarias para asegurarse de que los internos recibían el tratamiento Biopsicosocial que recomienda cualquier Guía de Práctica Clínica en casos de trastornos mentales graves.

Además, entre los deberes del interno (art. 4 del Reglamento Penitenciario) figura el de “participar en las actividades formativas, educativas y laborales definidas en función de sus carencias para la preparación de la vida en libertad”. Curiosamente, la reiterada falta de cumplimiento de este punto suscita mucha menos polémica, pero cualquier día una madre denuncia a la Administración Penitenciaria por no haber obligado a su hijo a obtener el graduado escolar mientras estaba en prisión, o una esposa protesta porque a su obeso marido no se le ha prohibido comprar bollería industrial en el economato del módulo y ponen a los tribunales en un compromiso.

REPERCUSIONES CLÍNICAS

Aun aceptando, pues no faltan argumentos- un tanto paternalistas- para ello, que se pueda obligar a un preso a recibir tratamiento psicofarmacológico en contra de su voluntad de manera preventiva, cabe examinar las repercusiones que esto puede tener a largo plazo en la evolución del paciente, especialmente en el momento de la excarcelación.

Parece evidente que, mientras se encuentre preso, el paciente estará más estable y tranquilo si se le aplica de manera continuada el tratamiento psicofarmacológico. Pero la puesta en libertad, especialmente si la condena ha sido de cierta duración, supone un momento de máxima vulnerabilidad para cualquier sujeto. No existe ninguna garantía de que ese tratamiento sea continuado en la calle, puesto que los deberes de la Administración Penitenciaria finalizan una vez el paciente consigue la libertad definitiva. El sujeto recobra la plenitud de sus derechos y, si se encuentra estable y no está incapacitado, podrá sin ningún género de dudas negarse a recibir el tratamiento. Además, es muy probable que ya nadie esté celosamente pendiente de que cumpla con el inyectable quincenal, por ejemplo, y él, si era obligado a pincharse en el centro penitenciario, difícilmente se esforzará en acudir su Centro de Salud Mental, en el remoto caso de que supiera cual le correspondiese.

La suspensión brusca de prácticamente cualquier tratamiento psicofarmacológico implica múltiples riesgos. Cuanto mayor es la dosis y más brusca la suspensión, mayor es el peligro. Esto es perfectamente aplicable a los diversos tratamientos antipsicóticos, aunque en muchas ocasiones

la descompensación psicótica se produzca con un tiempo de latencia de semanas o meses. Si a los múltiples problemas de exclusión social a los que se enfrentan prácticamente todos los ex reclusos, le añadimos el ingrediente de una descompensación psicopatológica, nos encontramos con mucha frecuencia a personas que se ven completamente perdidas y desencajadas de su entorno, situación que suele desembocar - delito mediante- en un reingreso en prisión, en un ingreso psiquiátrico agudo, o incluso en la muerte. Todo esto inmediatamente después de que el Estado, a través de las Instituciones Penitenciarias, haya estado velando por la salud del sujeto, invirtiendo aproximadamente 20.000 euros por interno al año en condenas que tienen como principal objetivo la reinserción social.

Los tratamientos con psicofármacos son útiles, aunque habitualmente valen de poco si no vienen acompañados de otras intervenciones que atiendan al paciente en su integridad, incluidas sus circunstancias personales y sociofamiliares. Si lo único que se busca es que el paciente “no dé guerra” mientras está en prisión, estará volviendo a ella una y otra vez, probablemente en situación de descompensación.

¿Y LOS EFECTOS SECUNDARIOS?

No existen medicamentos que no produzcan efectos indeseados. Por desgracia, los fármacos habitualmente empleados con fines preventivos en los trastornos mentales graves, no escapan de esta afirmación. Los antipsicóticos, de primera o segunda generación, y las sales de litio y los antiepilépticos, son los agentes químicos con mayores propiedades profilácticas

en trastornos psicóticos y bipolares, además de emplearse con inusitada frecuencia y escaso éxito en el muy controvertido campo de los trastornos de personalidad.

De manera habitual, los pacientes que reciben este tipo de fármacos acaban presentando síntomas parkinsonianos, diabetes tipo II, obesidad, impotencia o hipotiroidismo, además de poder sufrir, con menor frecuencia, reacciones prácticamente fulminantes como el síndrome neuroléptico maligno. Sin ánimo de discutir si se obtiene de manera cuidadosa el consentimiento informado en la práctica habitual a la hora de prescribir estos fármacos, algo harto difícil pues todo el mundo se alarma al leer el prospecto de un neuroléptico, cabe preguntarse sobre las responsabilidades legales que habrían de asumirse cuando se presente un efecto secundario en un paciente que se ha negado a dar el consentimiento para que le fuera administrado el fármaco. Es lógico que se exima de responsabilidad al paciente que no quería tomar medicamento, pero ¿es del médico que lo prescribe, de la administración penitenciaria que le obliga a aceptarlo, del legislador que regula tan delicada cuestión?, ¿habría que indemnizar en cada uno de estos casos?

DOS PARADOJAS

En la reunión de psiquiatras penitenciarios que fue origen de este artículo se podía constatar que la habitual disparidad de criterios entre profesionales de una especialidad tan inexacta como la psiquiatría se encuentra acentuada por el factor penitenciario. No obstante, se palpaba una preocupación bastante uniforme, sobre el problema creciente que suponen los trastornos mentales en prisión.

A la hora de abordar dicho problema en toda su magnitud se plantea una doble paradoja. En primer lugar, cómo mejorar la salud mental gravemente alterada de una persona, en un lugar diseñado históricamente, parafraseando a Foucault, para castigar a través del “sufrimiento mental”. No obstante, se observa como en un número no desdeñable de casos, la salud mental del sujeto mejora en la cárcel, que pese a ser un medio tan hostil se ha convertido en un dispensador de servicios sociales de primer orden, asegurando techo, comida y servicios sanitarios a grupos de población en situación de exclusión social, como, por ejemplo, algunos inmigrantes, toxicómanos, minorías étnicas, y también pacientes psiquiátricos graves. En segundo lugar, pese al esfuerzo titánico de muchos de los profesionales de todo tipo que trabajan en los centros penitenciarios para cumplir con el mandato constitucional de convertir las cárceles en centros de rehabilitación y no estrictamente de castigo, los resultados obtenidos se esfuman, con mucha frecuencia cuando el interno logra su libertad. En el fondo, la libertad no es un lugar tan cómodo para quien no tiene donde agarrarse.

En los últimos años se ha implementado el P.A.I.E.M. (Programa de Atención Integral al Enfermo Mental) en las prisiones del territorio español, tratando de dar respuesta a la primera paradoja. Gracias a la colaboración de diversas ONGs, que realizan talleres de enfoque ocupacional y rehabilitador, y a la implicación de funcionarios, trabajadores sociales, psicólogos y personal sanitario, se consigue crear de cuando en cuando un espacio terapéutico y no sancionador. Aunque los medios sean escasos, y la rigidez de la enorme Institución Penitenciaria sea difícil de evitar cuando se trabaja en dicho medio con voluntad exclusivamente

terapéutica, el P.A.I.E.M. ha supuesto una mejora en la supervisión y rehabilitación de las personas que sufren trastornos mentales graves en prisión.

El P.A.I.E.M., una iniciativa exclusiva de la administración penitenciaria, en la que no interviene ninguna representación de los servicios de Salud Mental comunitarios, no puede resolver la segunda paradoja. En la descoordinación entre la prisión y la comunidad radica gran parte de un problema que no se resuelve forzando a las personas a un tratamiento no deseado, exclusivamente cuando se mantiene con ellas una “relación de especial sujeción”.

POSIBLES SOLUCIONES

El incremento del número de trastornos mentales graves en las cárceles es un problema común en los países desarrollados. En EE.UU. detectaron que la incomunicación entre el Sistema Penitenciario y el Sanitario es uno de los elementos claves a resolver. En la década de 1990 se desarrollaron en EE.UU., y posteriormente en muchos otros países, casi todos anglosajones, tribunales específicos de salud mental, conocidos como Mental Health Courts (MHC), que incluyen a especialistas en psiquiatría. Estos tribunales se basan fundamentalmente en los principios de la “Therapeutic Jurisprudence” (Winnick, Wexler), empleados inicialmente a la hora de afrontar los casos de drogadictos que infringían la ley. Tras comprobar reiteradamente que el paso por prisión de los toxicómanos agravaba inexorablemente sus conductas delictivas, se propuso, con un éxito considerable, conmutar tiempo en la cárcel por estancias en centros de rehabilitación, manteniendo controles periódicos una vez los sujetos finalizaban su programa en el centro.

La idea básica de los MHC, muy diversos entre sí, es ofrecer a las personas que cometen un delito y padecen algún tipo de trastorno mental, consiste en conmutar al menos una parte de la condena en prisión por la realización de un tratamiento fuera de la cárcel durante un tiempo determinado. Si finaliza este periodo con resultados satisfactorios, el MHC “gradúa” al paciente, y este cancela sus cuentas con la Justicia, además de estar ya perfectamente conectado con los servicios de salud mental comunitarios. El sujeto tiene la potestad de rechazar esa opción, y seguir por la vía penal tradicional. En iniciativas como la de Maryland (Washington, EEUU) se declara a estos pacientes “incapaces para asistir a un juicio” (incompetent to stand trial, IST), y uno de los objetivos del proceso es que recobren plena competencia.

Los MHC con mejores resultados son aquellos que trabajan conjuntamente con aquellos que trabajan conjuntamente con equipos de tratamiento asertivo comunitario “forense”, conocidos con el acrónimo FACTs. El tratamiento asertivo comunitario propone un abordaje integral de las necesidades del sujeto. Se ocupa de supervisar estrechamente los tratamientos farmacológicos, realiza intervenciones psicológicas habitualmente de corte rehabilitador, y gestiona el acceso a recursos sociales básicos como alojamiento, comida o ropa. Además, intenta fortalecer la red social del sujeto y mejorar su salud física.

Evidentemente, casi todas las personas escogen esta nueva vía, aunque también tiene sus detractores. Ante la alternativa de tener que estar en la cárcel, recibir también psicofármacos y no tener ninguna de las ventajas sociales que se le ofrecen, los pacientes suelen preferir la libertad, aunque sea condicionada a tratamiento.

Expresando en el fallo judicial la obligatoriedad de tratamiento, según demanda el artículo 25.2 de la Constitución, sí se puede forzar a realizar tratamientos preventivos con psicofármacos. Como, sobre todo debido a los numerosos efectos indeseables, muchos pacientes consideran los neurolépticos una condena en sí mismos, además encarcelarlos parece un castigo excesivo, sobre todo para aquellos, mayoría, que han cometido delitos menores. En cualquier caso, una condena “mixta”, con parte en la cárcel y una última temporada de libertad condicionada a seguir el tratamiento en la comunidad se antoja básica para preparar la libertad definitiva, y para que estas personas no permanezcan ajenas a los servicios de salud de manera reiterada.

En España existe el armazón legal suficiente para poner en marcha una iniciativa similar, y buscar alternativas a la cárcel para las personas con algún trastorno mental grave que suponen un 6-10% de la población penitenciaria de nuestro país. Haría falta una manera un poco más imaginativa de sentenciar por parte de los jueces, imponiendo con mayor frecuencia “medidas de seguridad” no privativas de libertad y una red de Salud Mental sólida, dispuesta a atender a un variopinto grupo de pacientes de extrema dificultad, habitualmente poco visibles para los servicios comunitarios aunque pasen buena parte de sus vidas fuera de la cárcel.

Se ha puesto en entredicho a los MHCs por, supuestamente, comprometer la seguridad ciudadana, excarcelando a muchos “locos”. Teniendo en cuenta que los MHCs parecen reducir de manera significativa la reincidencia, se podría decir que es más peligroso enviarlos a prisión. Los MCHs dan una respuesta globalmente útil, aunque siempre pueda parecer incom-

pleta, a la pregunta que encabeza este artículo. Pese a la necesaria inversión inicial, por lo que *de facto* es inaplicable en nuestro país en la situación económica- y política, si es que son cosas distintas- actual, a largo plazo parece ahorrar costes, por lo que los MHCs se han expandido en múltiples jurisdicciones de otros países.

También existe otra posible respuesta a la pregunta, que supone un camino mucho más corto. Como hemos visto, no existe una legislación específica que resuelva de manera clara la cuestión, y la jurisprudencia es escasa y tangencial al tema en cuestión. Se podría crear una “ley de Autonomía del paciente preso” que regulase la multitud de situaciones éticamente intrincadas que se dan en torno a la Sanidad Penitenciaria. Se podría considerar, de manera inequívoca, que se debe obligar a los presos a tomar los tratamientos preventivos con psicofármacos, ¿pero también el resto de fármacos preventivos de la medicina en general? ¿habría que obligar a los presos a seguir dieta específica y realizar ejercicio físico regular, por sus conocidas propiedades protectoras del sistema cardiovascular?

Con este atajo, en forma de paternalismo médico-y estatal- extremo, se contestaría de manera taxativa la cuestión que se plantea, pero en ningún caso se resuelve la magnitud del problema que suponen los trastornos mentales graves en prisión, pues se trata algo mucho más complejo que la falta de adherencia a los tratamientos biológicos.

EPÍLOGO

En la cárcel hay un buen puñado de “locos desgraciados”, gente muy variopinta, que componen una parte de la

población que atiende todo psiquiatra penitenciario. Personas que, a la mala suerte, las ausencias en la infancia, la pobreza, o el acceso muy temprano- a veces antes de los 10 años- a todo tipo de drogas, han sumado el desarrollo de síntomas psicóticos, alteraciones graves del humor, o severas dificultades en el control de la impulsividad. Por el camino pueden haber realizado desde pequeños hurtos hasta escabrosos homicidios, pero también muchos otros delitos, como quebrantar una orden de alejamiento hacia un miembro de la familia, epicentro de múltiples conflictos. Antes de entrar por primera vez en la cárcel, muchos de ellos ya han estado en contacto con la red de Salud Mental comunitaria, que en ocasiones resulta insuficiente para los casos más complejos, en gran medida por la falta de recursos sociales. Casi todos han estado más de una vez en prisión, pues más del 60% son reincidentes, y el resto todavía no han podido serlo pues se encuentran aún en su primera condena.

Conforman un grupo muy heterogéneo de sujetos problemáticos, a los que ni el sistema sanitario ni el judicial por separado les encuentran solución, pese a ir los individuos saltando del un sistema al otro prácticamente toda su vida. En casi todos ellos, la cárcel supone un castigo excesivo, poco eficaz y, en muchos casos, contraproducente para la salud mental del sujeto.

En el fondo, el análisis que propone este artículo no es sólo una respuesta, opinable pero fundamentada, a la cuestión que se formula, más propia del campo de los Derechos Humanos que de la medicina, aunque ponga de manifiesto el rol de la psiquiatría como agente de control social. También pretende mostrar, como se puede ver en el anexo de legislación seleccionada,

que existen alternativas a la cárcel en nuestro país, aunque se apliquen en contadas ocasiones. Sólo hacen falta más jueces que se animen a conmutar penas de prisión por medidas de seguridad enfocadas a la realización de tratamientos, y que estén ágilmente conectados con redes de Salud Mental bien dotadas de recursos, profesionales y de alojamiento, dispuestas a asumir de manera sistemática el reto de descongestionar las cárceles de pacientes psiquiátricos.

Por supuesto, con este escenario -en gran medida ya vigente en otras latitudes- se abren nuevos interrogantes éticos. Se plantea, por ejemplo, qué sucede al considerar un tratamiento como un castigo, puesto que parecen conceptos casi antagónicos, aunque ambos persiguen lograr cambios. Asimismo, se corre el riesgo de caer en discriminaciones, también positivas, a la hora de tratar a personas que delinquen y además tienen un trastorno mental, e incluso la posibilidad de fomentar la simulación.

Como, por ejemplo, ha mostrado la historia de la desinstitucionalización tras el cierre de los manicomios, una solución que parece óptima hoy, supone frecuentemente algún problema, casi siempre menor al anterior, a las próximas generaciones. No obstante, el acercamiento y coordinación entre el sistema judicial, el penitenciario y el de salud mental es absolutamente necesario con el fin de abordar los casos más complejos de manera más eficiente. Supone admitir expresamente un enfoque paternalista de la psiquiatría, pero sólo en los casos en los que el sujeto vulnere las leyes. Además, un individuo resulta más barato para la sociedad en el medio penitenciario que en el sanitario, por lo

que aquí existe una posibilidad de ahorrar algo de dinero público, aunque pueda acabar en el sumidero.

Por último, la legislación actual es excesivamente interpretable, aunque resulte suficiente para sostener una propuesta como la de los MHCs. Las leyes que se refieren de manera expresa a cuestiones relacionadas con la psiquiatría, emplean términos ajenos a ella, lo que conduce a la confusión. Aunque el desarrollo de servicios jurídico-sanitarios sea primordial, una amplia revisión de las normativas que regulan los cruces de camino entre la psiquiatría y el derecho también sería muy de agradecer.

LEGISLACIÓN SELECCIONADA

Constitución Española

Artículo 25.2: Las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social y no podrán consistir en trabajos forzados. El condenado a pena de prisión que estuviere cumpliendo la misma gozará de los derechos fundamentales de este Capítulo, a excepción de los que se vean expresamente limitados por el contenido del fallo condenatorio, el sentido de la pena y la Ley penitenciaria. En todo caso, tendrá derecho a un trabajo remunerado y a los beneficios correspondientes de la Seguridad Social, así como al acceso a la cultura y al desarrollo integral de su personalidad.

Código Penal

Artículo 20: Están exentos de responsabilidad criminal

1.º) El que a tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme

a esa comprensión. El trastorno mental transitorio no eximirá de pena cuando hubiese sido provocado por el sujeto con el propósito de cometer el delito o hubiera previsto o debido prever su comisión.

2.º) El que al tiempo de cometer la infracción penal se halle en estado de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, siempre que no haya sido buscado con el propósito de cometerla o no se hubiese previsto o debido prever su comisión, o se halle bajo la influencia de un síndrome de abstinencia, a causa de su dependencia de tales sustancias, que le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión

3.º)...

Artículo 21: Son circunstancias atenuantes:

1.º) Las causas expresadas en el Capítulo anterior, cuando no concurrieren todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad en sus respectivos casos.

2.º)...

Artículo 60:

1.º) Cuando, después de pronunciada sentencia firme, se aprecie en el penado una situación duradera de trastorno mental grave que le impida conocer el sentido de la pena, el Juez de Vigilancia Penitenciaria suspenderá la ejecución de la pena privativa de libertad que se le hubiera impuesto, garantizando que reciba la asistencia médica precisa, para lo cual podrá decretar la imposición de una medida de seguridad privativa de libertad de las previstas en este

Código que no podrá ser, en ningún caso, más gravosa que la pena sustituida. Si se tratase de una pena de distinta naturaleza, el Juez de Vigilancia Penitenciaria apreciará si la situación del penado le permite conocer el sentido de la pena y, en su caso, suspenderá la ejecución imponiendo las medidas de seguridad que estime necesarias.

El Juez de Vigilancia comunicará al ministerio fiscal, con suficiente antelación, la próxima extinción de la pena o medida de seguridad impuesta, a efectos de lo previsto por la disposición adicional primera de este Código.

2.º) Restablecida la salud mental del penado, éste cumplirá la sentencia si la pena no hubiere prescrito, sin perjuicio de que el Juez o Tribunal, por razones de equidad, pueda dar por extinguida la condena o reducir su duración, en la medida en que el cumplimiento de la pena resulte innecesario o contraproducente

Artículo 6:

1.º). Las medidas de seguridad se fundamentan en la peligrosidad criminal del sujeto al que se impongan, exteriorizada en la comisión de un hecho previsto como delito.

2.º) Las medidas de seguridad no pueden resultar ni más gravosas ni de mayor duración que la pena abstractamente aplicable al hecho cometido, ni exceder el límite de lo necesario para prevenir la peligrosidad del autor.

Artículo 96:

1.º) Las medidas de seguridad que se pueden imponer con arreglo a este Código son privativas y no privativas de libertad.

2º). Son medidas privativas de libertad:

- El internamiento en centro psiquiátrico.
- El internamiento en centro de deshabitación.
- El internamiento en centro educativo especial.

3.º) Son medidas no privativas de libertad:

- La inhabilitación profesional.
- La expulsión del territorio nacional de extranjeros no residentes legalmente en España.
- La sumisión a tratamiento externo en centros médicos o establecimientos de carácter socio-sanitario.
- La obligación de residir en un lugar determinado.
- La prohibición de residir en el lugar o territorio que se designe. En este caso, el sujeto quedará obligado a declarar el domicilio que elija y los cambios que se produzcan.
- La prohibición de acudir a determinados lugares o territorios, espectáculos deportivos o culturales, o de visitar establecimientos de bebidas alcohólicas o de juego.
- La custodia familiar. El sometido a esta medida quedará sujeto al cuidado y vigilancia del familiar que se designe y que acepte la custodia, quien la ejercerá en relación con el Juez de Vigilancia Penitenciaria y sin menoscabo de las actividades escolares o laborales del custodiado.
- La privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores.
- La privación del derecho a la tenencia y porte de armas.
- La prohibición de aproximarse a la víctima, o a aquellos de sus familiares u otras personas que determine el Juez o Tribunal.
- La prohibición de comunicarse con la víctima, o con aquellos de sus familiares u otras personas que determine el Juez o Tribunal.

–El sometimiento a programas de tipo formativo, cultural, educativo, profesional, de educación sexual y otros similares

Artículo 101:

1º) Al sujeto que sea declarado exento de responsabilidad criminal conforme al número 1 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, o cualquier otra de las medidas previstas en el apartado 3 del artículo 96. El internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si hubiera sido declarado responsable el sujeto, y a tal efecto el Juez o Tribunal fijará en la sentencia ese límite máximo.

2º) El sometido a esta medida no podrá abandonar el establecimiento sin autorización del Juez o Tribunal sentenciador, de conformidad con lo previsto en el artículo 97 de este Código.

REGLAMENTO PENITENCIARIO

Artículo 195: Expediente de libertad condicional.

El expediente de libertad condicional habrá de contener, en su caso, los siguientes documentos:

- a. Testimonio de sentencia o sentencias recaídas y de la correspondiente liquidación de condena.
- b. Certificación acreditativa de los beneficios penitenciarios y de la clasificación en tercer grado.
- c. Informe pronóstico de integración social, emitido por la Junta de Tratamiento de acuerdo con lo establecido en

el artículo 67 de la Ley Orgánica General Penitenciaria.

- d. Resumen de su situación penal y penitenciaria, con indicación de las fechas de prisión continuada y de las de cumplimiento de las dos terceras partes y tres cuartas partes de la condena, así como de la fecha de libertad definitiva. Igualmente se indicarán los permisos de salida disfrutados y sus incidencias, así como las sanciones y sus cancelaciones, para lo cual se podrá aportar copia de los ficheros informáticos penitenciarios.
- e. Programa individual de libertad condicional y plan de seguimiento.
- f. Acta de compromiso de acogida por parte de su familia, persona allegada o instituciones sociales extrapenitenciarias.
- g. Manifestación del interesado sobre la localidad en que piensa fijar su residencia y sobre si acepta la tutela y control de un miembro de los servicios sociales del Centro, que informarán sobre las posibilidades de control del interno. En la fijación de la residencia se habrá de tener en cuenta la prohibición de residir en un lugar determinado o de volver a determinados lugares que, en su caso, hubiera impuesto el Tribunal.
- h. Manifestación del interesado sobre el trabajo o medio de vida de que dispondrá al salir en libertad o, en el supuesto de que no disponga, informe de los servicios sociales sobre la posibilidad de trabajo en el exterior.
- i. Certificación literal del acta de la Junta de Tratamiento del Establecimiento en la que se recoja el acuerdo de iniciación del expediente a que se refiere el artículo anterior, donde, en su caso, se propondrá al Juez de Vigilancia la aplicación de una o varias de las reglas de conducta previstas en el artículo 105 del Código Penal. *(equivalentes a las de art. 96)*

Artículo 196: Libertad condicional de septuagenarios y enfermos terminales.

1. Se elevará al Juez de Vigilancia el expediente de libertad condicional de los penados que hubiesen cumplido setenta años o los cumplan durante la extinción de la condena. En el expediente deberá acreditarse el cumplimiento de los requisitos establecidos en el **Código Penal**, excepto el de haber extinguido las tres cuartas partes o, en su caso, las dos terceras partes de la condena o condenas.

2. Igual sistema se seguirá cuando, según informe médico, se trate de enfermos muy graves con padecimientos incurables. Cuando los servicios médicos del Centro consideren que concurren las condiciones para la concesión de la libertad condicional por esta causa, lo pondrán en conocimiento de la Junta de Tratamiento, mediante la elaboración del oportuno informe médico.

3. En ambos supuestos, el expediente deberá contener los documentos a que se refiere el artículo anterior, excepto los relativos a la letra h, junto con un informe social en el que constará, en su caso, la admisión del interno por alguna institución o asociación cuando éste carezca de vinculación o apoyo familiar en el exterior. Cuando se trate de enfermos muy graves con padecimientos incurables se incluirá en el expediente el informe médico acreditativo de la enfermedad, así como de la gravedad e irreversibilidad de la misma. En el caso de septuagenarios, se acreditará la edad del interno mediante la certificación de nacimiento del mismo o, en su defecto, por cualquier medio de prueba admitido en derecho.

4. La Administración velará para facilitar al penado el apoyo social externo cuando carezca del mismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BAILLARGEON J, I. A. BINSWANGER, J. V. PENN, B. A. WILLIAMS y O. J. MURRAY: Psychiatric Disorders and Repeat Incarcerations: The revolving prison door». *A. M. J. Psychiatry*; 166: 103–109. 2008.
- BASTIDA FREIJEDO, F.J.: EL derecho a la autonomía del paciente como contenido de derechos fundamentales, en “Autonomía del paciente, responsabilidad patrimonial y derechos fundamentales”. Fundación Coloquio Jurídico Europeo, Madrid, 2012, págs. 143 y ss. www.procuradorageneral.es/catedra/pdf/01_procura/procura__1_autonomia_personal_cuidados_paliativos_derecho_vida.pdf
- BASTIDA RIBAS, L.A.: Trastornos mentales graves en prisión, realidades y perspectivas. Monográfico de Salud Menta, Procuradora General del Principado de Asturias– 2011 www.procuradorageneral.es/catedra/pdf/publicaciones/salud_mental.pdf
- CAPDEVILA M. y M. FERRER: *Tasa de reincidencia penitenciaria 2008*. Centre d’estudis jurídics i formatció especialitzada. Generalitat de Catalunya. Departament de Justicia. 2009.
- COSDEN, M., J. ELLENS, J. SCHNELL y YAMINI–DIOUF: «Efficacy of a Mental Health Treatment Court with Assertive Community Treatment». *Behav. Sci. Law* 23: 199–214. 2005.
- DRAINE, J., A. M. WILSON, S. METRAUX, T. HADLEY y A. C. EVANS. «The Impact of Mental Illness Status on the Length of Jail Detention and the Legal Mechanism of Jail Release». *Psychiatr. Serv.* May, vol. 61, n.º 5. 2010.
- FOUCAULT M. *Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión*. 1976.
- GREENBERG, G. A., R. A. ROSENHECK: «Jail incarceration, homelessness and mental health: a national study». *Psychiatr. Serv.* Febr. 2008, vol. 59, 2.

- HIDAY V. A. y B. RAY: «Arrests two years after existing a well-established Mental Health Court». *Psychiatr. Serv.* May, vol. 61, n.º 5. 2010.
- KIELSBERG, E., P. HAARTVIG, H. BOWITZ, I. KUISMA, P. NORBEIH, A. B. RUSTEEL, M. SEEM y T. G. VIK: «Mental health consultations in a prison population: a descriptive study». *BMJ Psychiatr.*, Jun, 6: 27. 2006.
- LAMB R. H. y L. E. WEINBERGER: «Persons with severe mental illness in jails and prisons: a review». *PsychiatrServ* 49: 483–492, April 1998.
- LAMB R. H., L. E. WEINBERGER y B. H. GROSS: «Community treatment of severely ill offenders under the jurisdiction of the criminal justice system: a review». *PsychiatrServ*, Jul., vol. 50, n.º 7. 1999.
- LAMBERTI, J. S., R. WEISMAN y D. I. FADEN: «Forensic Assertive Community Treatment: Preventing Incarceration of Adults With Severe Mental Illness». *PsychiatrServ*, November, vol. 55, n.º 11. 2004.
- Legislación Penitenciaria, art. 3. Ministerio de la Presidencia. *Boletín Oficial del Estado*. 1999.
- LOVELL, D. y G. J. GAGLIARDI, P. D. PETERSON: «Recidivism and Use of Services among Persons With Mental Illness After Release From Prison». *PsychiatrServ*, October, vol. 53, n.º 10. 2002.
- MCNIEL, D. E. y R. L. BINDER: «Effectiveness of a Mental Health Court in Reducing Criminal Recidivism and Violence». *Am. J. Psychiatry*, September, 164: 9. 2007.
- MOORE, M. E. y V. A. HIDAY: «Mental Health Court Outcomes: A Comparison of Re-Arrest and Re-Arrest Severity Between Mental Health Court and Traditional Court Participants». *Law Hum. Behav.* 30: 659–674. 2006.
- SAMBOLA I CABRER, F.X. Los derechos fundamentales de los internos en los Centros Penitenciarios: derecho a la intimidad, a la integridad física y moral y al secreto de las comunicaciones. Doctrina del Tribunal Constitucional www.noticiasjuridicas.com. 2000. <http://noticias.juridicas.com/articulos/55-Derecho%20Penal/200011-0551591010043130.html>
- STEADMAN, H. J., S. DAVIDSON y C. BROWN: «Mental Health Court Their promise and unanswered questions». *Psychiatr. Serv.* April, vol. 52, n.º 4. 2001.
- STEADMAN, H. J., S. M. MORRIS y D. L. DENNIS: *The Diversion of Mentally Ill Persons from Jails to Community-Based Services: A Profile of Programs*. American Journal of Public Health. December, vol. 85, 12. 1995.
- VICENS E., M. RIBAS y G. ESCUDER: «Los límites de la reinserción comunitaria desde el ámbito penitenciario». *Informaciones Psiquiátricas*. 183: 29–38. 2006.
- WALSH, N. When treatment is punishment. The effects of Maryland's Incompetence to Stand Trial policies and practice. JUSTICE POLICY INSTITUTE. 2011 www.justicepolicy.org/uploads/justicepolicy/documents/when_treatment_is_punishment-full_report.pdf
- www.therapeuticjurisprudence.org.

La Unidad Terapéutica y Educativa de Villabona: un modelo alternativo a la prisión tradicional

Therapeutic unit and educational Villabona: an alternative to traditional model prison

M.^a Begoña Longoria González

Trabajadora social y Responsable de la Unidad Terapéutica y Educativa del C. P. de Villabona (Asturias - España).

RESUMEN

En las prisiones se está generando un cambio en el perfil de las personas que ingresan en ella. La droga empieza a moverse y se convierte en el elemento dinamizador de la vida en las prisiones, y encontramos reclusos que han delinquido por su problemática de adicción a las drogas y delinquentes habituales que la empiezan a consumir.

El espacio carcelario reproduce dentro de las cárceles el ambiente marginal y delictivo de la calle, y la persona que ingresa, lo hace con todo ese sistema de normas, conductas, hábitos y cultura que constituirá dentro del recinto de la prisión, la subcultura carcelaria.

Construir una alternativa a esta situación es la pretensión de la UTE, modificando ese espacio carcelario, convertido en una auténtica escuela de delincuencia y transformarlo en un espacio educativo en aspectos formal, no formal e informal. La experiencia de la UTE de Villabona señala que los internos se han estabilizado, tienden a asumir responsabilidades y el control de sus vidas.

Palabras clave: *drogas, cárcel, Unidad Terapéutica y Educativa, responsabilidades.*

INTRODUCCIÓN:

Sería interesante antes de entrar en el tema de la UTE hacer una breve introducción histórica de lo que ha sido el desarrollo del Sistema Penitenciario Español y cómo no, tomando como referencia la Constitución Española de 6 de diciembre de 1.978 y la Ley Orgánica General Penitenciaria del

ABSTRACT

In prisons is creating a change in the profile of the people who enter it. The drug begins to move and becomes the dynamic element of life in prison, and found inmates who have committed crimes by its problematic drug addiction and habitual criminals who start consuming.

The prison space plays in prisons marginal and criminal street environment, and the person who enters does so with the whole system of norms, behaviors, habits and culture which will be within the grounds of the prison, the prison subculture.

Build an alternative to this situation is the claim of the UTE, modifying the jail space, become a real school crime and transform it into an educational space formal aspects, formal and informal. The experience of the Consortium states that internal Villabona have stabilized, tend to take responsibility and control of their lives.

Key words: *drugs, prison, Therapeutic and Educational Unit, responsibilities.*

26 de septiembre de 1.979, que no es ni más ni menos que la ley de la Democratización de nuestro Sistema Penitenciario.

Art. 25.2 de la Constitución “Las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y la reinserción social”.

Art. 1 de la LOGP “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 los detenidos presos y penados”

¿Qué está pasando en la sociedad por entonces en el momento de la aprobación de la Constitución y de la Ley Orgánica General Penitenciaria? En la sociedad española se está produciendo una gran expansión del consumo de opiáceos y otras drogas, periodo que se va a conocer como “crisis de la heroína”, teniendo una alta repercusión social y generando una gran alarma entre la ciudadanía que va a provocar en última instancia la aprobación en 1.985 del Plan Nacional de Drogas, toda esta situación va a tener que ver con el cambio de los patrones de comportamiento tanto a nivel social y político que se está produciendo en nuestro país.

Paralelamente en las prisiones se está generando un cambio fundamental en cuanto al perfil de las personas que ingresan en la cárcel. La droga empieza a moverse y se convierte en el elemento dinamizador de la vida en las prisiones. Nos encontramos con reclusos que han delinquido por su problemática de adicción a las drogas y de delincuentes habituales que la empiezan a consumir.

Los años 80 y 90 se van a caracterizar por grandes problemas dentro de las prisiones, motines, algarabías, violencia y conflictos que van a estar motivados directa o indirectamente por el consumo y tráfico de drogas.

Toda esta situación que se está dando en la sociedad, así como dentro de las prisiones, no va a tener una correspondencia en

cuenta a priorizar en la acción penitenciaria la atención a esta problemática y queda evidenciada por el hecho de que no es hasta 1.995 y a través Circular 5/95 de la DGIP (Política Global de Actuación en materia de drogas en Instituciones Penitenciarias) cuando se lleva a cabo la plasmación del PNSD en el medio penitenciario, lo que supone 10 años de retraso, y donde se ha perdido un tiempo decisivo.

La aparición de esta circular se va a quedar en papel mojado, va a tener más un carácter teórico que práctico pues la importancia de la intervención con los drogodependientes no es interiorizada por los profesionales ni por los gestores del sistema penitenciario, de tal manera que en el día de hoy se puede observar como sigue primando, en las valoraciones de los Equipos Técnicos y Juntas de Tratamiento, la buena conducta real o fingida más que la propia problemática de las adicciones. De ahí que en nuestros Centros de Inserción Social (régimen abierto, 3º grado penitenciario) se encuentren con tanta droga como puede haber en módulos del interior de la prisión.

¿DE QUÉ ESTAMOS HABLANDO CUANDO HABLAMOS DE PRISIÓN?

La prisión tradicional, la que todos conocemos, representa el espacio que está conformado por la subcultura carcelaria.

El espacio carcelario supone la reproducción dentro de las cárceles del ambiente marginal y delincencial de la calle, de tal manera que la persona que ingresa, lo hace con todo ese sistema de normas, conductas, hábitos y cultura que constituirá luego, dentro del propio recinto de la prisión, esta subcultura carcelaria. Y la subcultura carcelaria producirá unos efectos,

siendo uno de los más importantes el de la prisionización, concepto que en 1.940 aportó Clemmer y que significa que la persona que entra en prisión interioriza todos esos valores negativos, se establece un aprendizaje.

Por eso hablamos de la prisión como de una escuela de delincuencia, constituyendo un sistema social al margen de la Administración que se mantiene y se perpetúa a través de la ley del silencio

Este ambiente penitenciario va a tener unas consecuencias negativas no sólo para los internos sino también para los propios profesionales, convirtiendo a ambos en víctimas de ese sistema y sobre todo va a tener gran importancia en cuanto las relaciones entre estos dos colectivos que conforman el escenario penitenciario (funcionarios e internos) que se van a basar en la desconfianza, enfrentamiento e indiferencia. Esto ha llevado a la conclusión para muchos expertos tratadistas del medio penitenciario a establecer que la prisión representa el antitratamiento y que no es un espacio adecuado para la intervención. Cualquier intervención en esta realidad va a suponer para el interno "vivir con cierta esquizofrenia" pues tiene que aceptar el trabajo con el terapeuta pero finalizado éste, se ve abocado a estar en un espacio donde recibe todos los estímulos contrarios al trabajo terapéutico, lo que supone al final reforzar en el interno la simulación y la mentira.

¿POR QUÉ Y CÓMO SURGE LA UTE?

Es evidente que la prisión representa un auténtico fracaso, tanto a nivel de España como del resto del mundo, sólo hace falta fijarse en los datos: la media europea de

reincidencia está en el 65%. España está por debajo de la media, entre el 50 y el 60% e Inglaterra por ejemplo está en el 70%. Si nos referimos al colectivo de drogodependientes, el porcentaje de reincidencia se sitúa en el 70-75%.

El proceso que va a dar lugar a la UTE se inicia en 1.992 protagonizado por profesionales de la Institución e internos y ha supuesto una profundización y exploración en el medio penitenciario, un forzar los límites de la Institución Penitenciaria para descubrir y construir una Alternativa a la situación antes expuesta.

La UTE consiste en la transformación ese espacio carcelario, conformado por la subcultura carcelaria, convertido en una auténtica escuela de delincuencia y transformarlo en un espacio educativo tanto en el aspecto formal, no formal e informal (todos aquellos actos cotidianos que determinan el ambiente penitenciario)

¿QUÉ ASPECTOS HACEN POSIBLE ESTE MODELO TRANSFORMADOR?

1.- Se parte del reconocimiento y calidad profesional y humana de los profesionales penitenciarios.

En este proyecto los profesionales se integran en un Equipo Multidisciplinar, órgano máximo de decisión de la UTE, en el que están presentes todos los estamentos penitenciarios en una estructura horizontal; todos sus miembros tienen derecho a voz y voto, teniendo especial relevancia el colectivo de vigilancia que representa la inmensa mayoría de los profesionales penitenciarios, el 80%, que personalizan la prisión y que históricamente han estado excluidos de cualquier labor tratamental (los funcionarios de vigilancia tienen en su inmensa

mayoría nivel universitario), desempeñando un papel de educador y participando directamente en las actividades terapéuticas y educativas, rompiendo con su rol de vigilante, porque en esta realidad no hay nada que vigilar, la propia estructura de la UTE crea un espacio de seguridad activa (resolución de conflictos) frente a la seguridad pasiva que es lo que presenta el sistema tradicional, que es la contención del conflicto pero no su resolución.

El funcionario en la realidad UTE se siente valorado, útil, sube su nivel de autoestima y baja su nivel de frustración y lógicamente pasa a ser un elemento clave, porque es la primera línea de relación con el interno en la Institución Penitenciaria.

2.- El reconocimiento de los internos como sujetos activos de su proceso de cambio personal, es el interno quien tiene que hacer el cambio y los profesionales le vamos a acompañar. En la realidad UTE, el interno además de asumir su proceso de transformación va a contribuir de manera destacada a la construcción y mantenimiento de este espacio educativo confrontado todas las actitudes y conductas negativas que se producen en esta realidad penitenciaria y por lo tanto rompiendo con la ley del silencio, eliminando la subcultura carcelaria y convirtiendo su espacio en otro absolutamente transparente libre de violencia, conflictos y droga.

3.- A partir de ahí se produce el encuentro, la confianza, el entendimiento y se genera un compromiso entre los dos colectivos penitenciarios superando el antagonismo histórico, estableciendo una relación basada en un marco de cogestión o corresponsabilidad que se concreta en una organización social que va a posibilitar y consolidar dicho espacio educativo en el

que puedan convivir jóvenes y adultos, hombres y mujeres, primarios y penados, primeros y segundos grados etc., en el que pueden estar todos los perfiles penitenciarios, porque todos los que participan en este espacio se acaban convirtiendo en agentes educativos.

Por lo tanto la UTE pone en valor las potencialidades que existen en el propio medio penitenciario, conquista un espacio educativo que ya sí permite la intervención, el tratamiento, no se enfrenta a ninguna modalidad desde el punto técnico de intervención sino que es el espacio para cualquier tipo de intervención con garantía de eficacia.

Representa por otra parte, la asunción de los propios profesionales penitenciarios de su responsabilidad en cuanto al tratamiento que viene recogido en la Ley Orgánica General Penitenciaria, teniendo en cuenta que en el Sistema Penitenciario español no hay tradición de intervención tratamental por parte de sus propios recursos humanos y esta intervención ha estado protagonizada fundamentalmente por las ONG. Da sentido al concepto de Reinserción y sobre todo al de Prevención en cuanto que evita los procesos de desocialización que surge de la asimilación de la cárcel como escuela de delincuencia, aspecto fundamental que afecta a los jóvenes y personas que ingresan por primera vez.

Posibilita que el tiempo de privación de libertad sea un tiempo terapéutico y educativo en todas sus dimensiones. Todas las experiencias y actividades son educativas y enmarcadas en un proceso de educación integral permanente.

En la UTE se establece un espacio afectivo por parte de los profesionales e

internos, un sentido de pertenencia que se defiende y se preserva.

La vida en este espacio tiene como eje central el Grupo Terapéutico, que simboliza el encuentro permanente entre los profesionales e internos y que junto con la escuela y las actividades formativo- ocupacionales se erigen como instrumentos de intervención y desarrollo terapéutico.

- El Grupo Terapéutico representa un lugar de encuentro para la revisión, reflexión y confrontación, también para comunicarse y comprometerse y sobre todo para sentirse acogido, escuchado y querido. En el grupo, el interno va a llevar a cabo una concienciación a través de la asunción de los déficits y carencias que arrastra en el proceso de su vida y que le llevan a delinquir. El reflejo de la carta de presentación de cada interno, la historia de vida, va a establecer el nexo de vinculación al grupo de iguales.

- Objetivo general de la UTE.

Es la preparación sistemática del interno a través de un proceso educativo integral que permite la concienciación y normalización para continuar su reinserción en los diversos recursos terapéuticos externos. Los recursos terapéuticos están integrados mayoritariamente por diferentes ONG, eslabones fundamentales en el proceso de reinserción social de los internos y que dan continuación y sentido al trabajo llevado a cabo por este proyecto.

Por ello desde la UTE se entiende que la prisión no reinserta, que sí se puede iniciar el proceso de socialización si se produce en ésta una transformación en

un espacio educativo, pero el proceso de socialización e inserción debe continuar y finalizar en el ámbito de la propia sociedad.

- La familia. Paralelamente al trabajo de intervención con el interno, se hace otro permanente con las familias. La familia se constituye como el recurso más importante de apoyo y seguimiento en el tratamiento y reinserción del interno. El diagnóstico familiar posibilita al Equipo Multidisciplinar de la UTE tener un conocimiento más exhaustivo de las circunstancias familiares y psicosociales del interno que pudieran haber incidido en su problemática e ingreso en prisión, facilitando considerablemente la labor a la hora de establecer las pautas de actuación más convenientes en el trabajo de cambio no solamente en el interno sino también en ellas mismas.
- La UTE fomenta la creación en el año 2.004 de la Asociación de Familiares y Amigos de la UTE, creada por y para las familias, un espacio para compartir problemas y liberar tensiones y angustias, también un lugar de aprendizaje para ellas mismas, de encuentro y compromiso, dando sentido y continuidad al trabajo que con ellas se desarrolla. A través de la escuela de familias se lleva a cabo una formación continuada en el abordaje y forma de actuar con el interno. La Asociación dispone de un piso de Acogida tutelado por el Equipo Multidisciplinar de la UTE donde se acoge a aquellos internos que llevan a cabo un tratamiento en un recurso terapéutico externo y no tengan familia o ésta sea problemática, contando también para estos casos con otros dispositivos sociales de acogida donde el control y seguimiento se lleva a cabo por el personal adscrito a los mismos.

SITUACIÓN ACTUAL

La UTE está integrada por tres Unidades, cinco módulos, albergando alrededor de 500 internos (25 mujeres) que representan el 40% de la población del Centro Penitenciario de Villabona; en la actualidad se está llevando a cabo un trabajo de intervención en un sexto módulo.

El Equipo Multidisciplinar está integrado por 71 profesionales, 55 de ellos pertenecen al colectivo de vigilancia, el resto a tratamiento. La ratio de profesionales de la UTE es inferior a la del resto de la prisión.

En la década 2.000-2.010 la UTE derivó 826 internos a centros terapéuticos externos de un total de 6.308 derivaciones del Estado.

El nivel de reincidencia de internos que han pasado por la UTE y que han llevado a cabo un tratamiento en un recurso externo se sitúa en torno al 10-20%, considerando que estos datos son tremendamente positivos y que avalan el proyecto.

- Relaciones con la Comunidad.

Partimos de que la prisión no es un ente aislado, como servicio público tiene y debe estar en continuo y permanente contacto con ella de la que forma parte. Desde sus inicios la UTE así lo ha entendido y ha ido estableciendo una coordinación, relaciones y encuentros constantes con todos los ámbitos sociales; este proyecto ha permitido abrirnos a la sociedad tanto en el interior como en el exterior y ha sido vital para el desarrollo y vida del mismo, poniendo de manifiesto su proyección y repercusión social. Se destacan las relaciones con las Instituciones públicas y privadas del Principado de Asturias, organizaciones políticas y sindicales, judicatura, centro de estu-

dios jurídicos del Ministerio de Justicia, Escuela del Consejo General del Poder Judicial, mundo de la abogacía, académico y universitario, Consejería de Educación del Principado de Asturias para la prevención de drogas entre adolescentes (desde el año 1.994 se está llevando a cabo en la UTE un programa de prevención del alcohol y otras drogas con alumnos de secundaria de los centros públicos y privados de la comunidad asturiana, habiendo pasado cerca de 18.000 jóvenes).

En el año 2.008 y a raíz de una visita a la UTE de 33 ciudadanos de la comunidad autónoma catalana, se crea en Barcelona la Plataforma cívica “Grup 33” que aglutina a más de 7.000 ciudadanos y que bajo el lema “otra prisión es posible” desarrolla toda una actividad de difusión del proyecto UTE.

La UTE lleva a cabo prácticas de alumnos de diferentes facultades de Asturias, Madrid y Barcelona, cursos de formación para la implantación de UTE en otras prisiones españolas (actualmente 16 en funcionamiento), cursos para educadores y técnicos de la Institución Penitenciaria, ponencias, congresos, jornadas, convenios, mesas de trabajo, diferentes actividades pedagógicas y educativas en la sociedad asturiana, continuos artículos de prensa, documentales, trabajos de coordinación y estudios de las drogas y diferentes premios de reconocimiento social; entre otros el de Premio de Derechos Humanos de Abogados Jóvenes de España, Acción Social, Diario El Comercio, Asturianos del mes, Diario la Nueva España, Medalla de Bronce al Mérito Penitenciario, Medalla de Plata del Principado de Asturias, etc.

Integrada desde el año 2.007 en Ashoka, la red internacional más importante de emprendedores sociales y cuyo

fundador Bill Drayton recibió el premio Príncipe de Asturias de Cooperación Internacional en el año 2.011. Recientemente se ha comparecido en el Senado ante la Comisión Mixta Congreso Senado para el estudio de la Droga.

Esta relación institucional adquiere su máxima expresión en la celebración del X aniversario del proceso UTE que se llevó a cabo en el Parlamento Asturiano.

Dos estudios sobre la UTE a punto de ser publicados por parte de la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo y Pere Tarrés de Barcelona desde la psicología y pedagogía comunitaria están avalando la eficacia y eficiencia de este modelo alternativo y transformador del Sistema Penitenciario Español y poniendo de manifiesto la consolidación del proyecto.

Proyección Internacional

En el momento actual se está en proceso de formación y réplica del modelo UTE en Colombia, México e Irlanda. Asimismo la UTE ha colaborado en proyectos europeos relacionados con la Educación y la Salud, actualmente está inmersa en otro sobre “el teatro en el medio penitenciario”. Profesionales de la UTE han participado como expertos europeos en el asesoramiento de la Institución Penitenciaria de Rumanía.

UTE Y LA SALUD MENTAL

Entre las realidades que se abordan en la UTE (espacio abierto para todos los perfiles penitenciarios), nos encontramos con el problema de salud mental que tiene su origen en primer lugar en lo que genera el propio internamiento en prisión, consecuencias psicosociales que van a repercutir considerablemente en su estado anímico, la ansiedad y la depresión son frecuentes.

En segundo lugar, en todo lo que está unido a las enfermedades de tipo psiquiátrico asociadas a largos procesos de consumo de determinadas sustancias (cocaína, drogas de diseño, etc.), la patología dual, y en tercer lugar a personas con graves patologías psiquiátricas que ingresan en prisión, en muchos casos con delitos muy graves provocados por esa enfermedad.

Desde este espacio educativo de la realidad UTE nos va a permitir asumir toda esta problemática de Salud Mental a través de la coordinación con los médicos y psiquiatras (desde el año 2.004 se cuenta con la intervención de 2 psiquiatras asignadas por un convenio con la Consejería de Salud del Principado de Asturias) se va a estabilizar a las personas y a obtener grandes resultados.

Los internos se van a encontrar en un ambiente con gran apoyo emocional en el que van a ir integrando la normalización, van a estar controlados y supervisados las 24 horas del día, se garantiza la adhesión al tratamiento y van a estar tutelados por el Taller de Educación para la Salud que funciona en la UTE desde el año 1998 con una gran eficacia; se trata de un grupo de educación entre iguales, cuya actividad va a incidir fundamentalmente en el cambio de actitudes y comportamientos indispensables para prevenir, tratar y afrontar adecuadamente la salud mental y otras enfermedades. En él, se intercambia información y experiencias, se proporciona apoyo emocional y comprensión, se promueven hábitos de vida saludables y autocuidados a través de talleres emocionales, formativos e informativos y se difunde a otros módulos de la prisión, cuenta con un grupo de teatro y se forman mediadores o agentes

de salud a través de cursos programados con la Consejería de Salud del Principado de Asturias.

La UTE dispone de unas celdas especiales, dobles, para los internos incluidos en el programa de prevención de suicidios, teniendo un seguimiento total y continuado tanto en la celda como en el patio.

Los internos con problemas de salud mental participan con casi total normalidad de las actividades de la Unidad, incluida su asignación a un grupo terapéutico y distintas actividades formativas y ocupacionales dando cierta prioridad a su integración en determinados talleres como botánica o invernaderos así como a un horario más especial en cuanto a la realización de actividad física o participación en el programa TAC (terapia asistida con animales).

La UTE ha contado con la colaboración de la Asociación Hierbabuena para la atención de internos con enfermedad mental. De los datos que se están obteniendo de la evaluación que se viene realizando de la UTE desde el año 2010 y desde una perspectiva comunitaria por parte de la Facultad de Psicología de Asturias, se deduce que el 43% de los internos de la UTE presenta algún tipo de antecedente de salud mental, frente al 57% que no.

Básicamente no son trastornos mentales graves, sino que predominan los relativos al estado de ánimo: depresivos y trastornos de ansiedad, teniendo una ligera incidencia los trastornos de tipo psicótico. Sabemos que existe una patología psiquiátrica, pero asociada en su inmensa mayoría al consumo de drogas y por tanto cuando cesa ese consumo esa patología tiende a disminuir, siempre que se esté en un medio saneado porque si no lo hay sigue el deterioro, aunque en unos primeros momentos no se detecte.

Creemos que la combinación de psicofármacos y psicoterapia es el cambio ideal en la intervención del interno. La prisión no se debe psiquiatrizar ni patologizar (aunque ha ido integrando todas las áreas de vida y sus problemas). El diagnóstico psicopatológico coloca a las personas en una situación de indefensión y de pérdida de control sobre sus propias vidas, las convierte en víctimas de la supuesta enfermedad mental, lo cual es muy negativo para la implicación del interno en su proceso de cambio.

Nuestra experiencia nos dice que los internos de la UTE se han estabilizado y compensado en gran medida y tienden a asumir el control de sus vidas y amplias parcelas de responsabilidad.

Correspondencia:
begonalongoria@hotmail.com

FEAFES: 20 años comprometida con la población penal penitenciaria con trastornos mentales, con sus familiares y allegados/as

FEAFES: 20 years committed with people with mental disorders in prison, their relatives and friends

José María Sánchez Monge

Presidente de FEAFES (Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental)

RESUMEN

Las asociaciones de familiares y personas con trastornos mentales, creados paulatinamente después de la llamada “desinstitucionalización psiquiátrica”, han ido incorporando en su labor el trabajo con la población reclusa con problemas de salud mental. Se resalta en este artículo la preocupante invisibilización de los familiares y amigos/as de las personas reclusas con problemas de salud mental. Estas personas allegadas poseen sus propias necesidades y dificultades al vivir de forma directa la pérdida de libertad de uno de sus miembros y cómo este hecho repercute en la estabilidad familiar. Además, se reivindica la participación de forma transversal de las familias durante este proceso legal y su papel clave en el apoyo personal y social en el proceso de recuperación. Por último, se exponen las propuestas dirigidas a la mejora de la atención en salud mental en el ámbito penal-penitenciario.

Palabras clave: *Personas con trastorno mental, población reclusa, familiares, allegados, centro penitenciario, hospital psiquiátrico penitenciario, PAIEM, recursos comunitarios, reivindicaciones, rehabilitación, propuestas, FEAFES.*

A raíz de la preocupante situación de la población interna en los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios y gracias al interés de varios/as líderes de FEAFES, contando con algunos/as profesionales de la red sanitaria, judicial y penitenciaria, en el año 1993 un pequeño grupo de aso-

ABSTRACT

Associations of families and people with mental illness, gradually created after the “psychiatric deinstitutionalization”, have been incorporating into their duties the work with prison population with mental health problems. The worrying invisibility of family and friends of people with mental health problems is highlighted in this article. These relatives and close friends have their own needs and difficulties of directly experiencing the loss of freedom of one of its members and how it affects their family stability. Moreover, is claimed a transversely participation of families during this legal process and its key role in personal and social support in the recovery process. Finally, are exposed the proposals aimed at improving mental health care in the prison environment.

Key words: *People with mental disorders, prison population, family, friends, penitentiary center, penitentiary psychiatric hospital, PAIEM, comunitary resources, claims, rehabilitation, proposals, FEAFES.*

ciaciones inician su andadura, en la atención a la población penitenciaria interna, así como a sus familias y allegados/as. Eran años donde todavía no había sido aprobado el actual Código Penal 1995, con una incipiente y escasa creación de recursos comunitarios alternativos a la

llamada “desinstitucionalización psiquiátrica” y aumentando vertiginosamente la creación y desarrollo de asociaciones de familiares en todo el estado español. Período donde era escaso el conocimiento e interés de las Administraciones implicadas, profesionales y movimiento asociativo, ante la situación las personas con enfermedad mental internas en las cárceles, de sus familias y allegados/as.

Lentamente accedían en las asociaciones personas, familiares y allegados/as inmersos/as en procesos penales-penitenciarios, facilitándoles el acceso, adaptado de forma individualizada, a los servicios disponibles de cada Asociación: de información y orientación; asesoría jurídica; psicoeducación/Escuelas de Familias; autoayuda; respiro familiar; atención domiciliaria. Y en pocas ocasiones, fundamentalmente tras finalizar su pena, se incorporaban en centros de rehabilitación psicosocial; centros día; de rehabilitación laboral; servicios de empleo y/o alternativas residenciales (pisos tutelados, miniresidencias,...) gestionados por la red asociativa.

La experiencia en esos años, hizo evidente a FEAFES la grave y peculiar situación de las personas con enfermedad mental, familias y allegados/as afectados/as por el sistema penal-penitenciario, intensificando las actuaciones tanto de atención como de sensibilización específica, culminando en 2005 con la inclusión de programas y acciones específicas de “Rehabilitación a Población Reclusa”

en el Plan Estratégico de FEAFES¹ y la incorporación de diversas propuestas por medio del comité técnico asesor de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud² del que FEAFES forma parte.

A la vez surge un cambio significativo en la actuación la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio de Interior, liderada por Mercedes Gallizo y su equipo, iniciando una serie de intervenciones hacia un marco de atención en el que se favorezca el abordaje terapéutico e integral de la atención de la población reclusa con problemas de salud mental publicando la “Estrategia global de actuación en Salud Mental del Ministerio de Interior” en 2005³. Así publican un primer estudio cuyos resultados ofrecen datos demoledores: una de cada cuatro personas ingresada en centros penitenciarios presenta alguna patología psiquiátrica; el 3.4% presenta un diagnóstico psicótico (cifra superior a la población general), casi un 18% ya recogía en su historia clínica problemas psiquiátricos antes de entrar en prisión. A la vez se pone en marcha un plan de formación en salud mental destinado a profesionales del medio penitenciario y se define un “Programa Marco de Atención Integral para Enfermos Mentales” (PAIEM), instando a su gradual implantación en todas las prisiones, que pretende abordar el problema de una manera reglada y uniforme, abarcando tres áreas fundamentales (Atención Clínica, Rehabilitación e Incorporación Social) que

¹ FEAFES. “Plan Estratégico Convención FEAFES Siglo XXI”

² Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007. <http://www.feafes.org/publicaciones/EstrategiaSaludMental.pdf>

³ Estrategia global de actuación en Salud Mental del Ministerio de Interior. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. 2005.

<http://www.feafes.org/publicaciones/Estrategiaglobalactuacionsaludmental.pdf>

supone un paso fundamental en la aspiración de completar un proceso integral de tratamiento bio-psico-social. Tras la primera definición del PAIEM, ante múltiples y complejas dificultades de aplicación, en 2009 la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias realiza una jornada de reflexión de análisis, en el que también participa FEAFES, dando lugar a la concreción de un protocolo de aplicación del PAIEM, con el fin de dar soluciones prácticas a los problemas detectados⁴.

Paralelamente se facilita la acción de FEAFES suscribiendo un convenio de colaboración con la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias con el fin de favorecer la colaboración de la red de FEAFES en la implantación y desarrollo del PAIEM, especialmente en las áreas de Rehabilitación y Reincorporación Social, tanto en los centros penitenciarios como en los dos hospitales psiquiátricos penitenciarios (HPP) dependientes del Ministerio del Interior.

Según la disponibilidad presupuestaria de cada asociación, los/as profesionales de la red asociativa (prioritariamente del campo de la psicología, trabajo social, educadores/as, abogados/as) desarrollan con los/as internos/as derivados al programa por parte de los/as responsables del PAIEM o de los HPP, acciones enmarcadas, tras la definición de un plan individualizado, en áreas de información, orientación y asesoramiento sociojurídico de internos/as, familias, allegados/as y personal de los centros; de rehabilitación psicosocial e integración sociolaboral dirigidas a mejorar su autonomía personal y social; de apoyo social y psicoeducación de

familiares y allegados/as favoreciendo además su vinculación a la asociación FEAFES de su localidad de referencia; de coordinación sociocomunitaria que favorezcan su integración a los recursos comunitarios, que pueda facilitar su salida de prisión (incluyendo permisos, medidas penales alternativas, etc.).

En la actualidad la red FEAFES desarrolla su acción en 25 centros penitenciarios (incluida los de competencia de la Generalitat de Catalunya) y en los dos hospitales psiquiátricos penitenciarios dependientes del Ministerio del Interior.

La experiencia nos facilita constatar, tal y como destacan diversos informes de instituciones públicas y privadas, la indudable repercusión que la carencia de recursos a las personas con enfermedad mental en la comunidad así como a sus familias y allegados/as, tiene especialmente para la población penitenciaria con problemas de salud mental. Carencia de recursos que unida a la relativamente frecuente falta de detección y/o de acceso a la red comunitaria sanitaria y social previa al ingreso en prisión hace concluir que existen otros factores añadidos en los que están implicados distintos niveles: el sistema sanitario en general, el aparato de la justicia, los servicios sociales, las redes sociales, los mecanismos sociales intervinientes en los procesos de exclusión social,...

Tal y como mencionan diversos estudios y recomendaciones internacionales, se hace evidente la escasa eficiencia de la red social y de salud mental comunitaria con las personas con enfermedad mental previamente a la comisión de delitos y por otra la ineficacia de las cárceles desde un

⁴ Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en Centros Penitenciarios (PAIEM). Ministerio de Interior. 2009 <http://www.feafes.org/publicaciones/PAIEM.pdf>

punto de vista rehabilitador y de prevención del delito, generando una mayor gravedad a la situación personal y social tanto de los/as propios/as afectados/as como de sus familiares y allegados/as. La cárcel no es solo privación de libertad, sino que limita la aplicación de otros muchos derechos, y entre ellos la salud.

A lo que se añade una visión sobrecargada de estigma y prejuicio por la amplia mayoría de los agentes intervinientes (sanitarios, sociales, judiciales,...) donde se tiende a etiquetar a la persona como delincuente más que su acción se derive de un problema de salud y exclusión social, y a sus familiares y allegados/as bien víctimas o bien culpables de la situación. Visión que genera una significativa discriminación a la hora de facilitar el acceso la atención sanitaria y social que precisa (incluida su red familiar y social). Situación especialmente grave en el caso de las personas declaradas no responsables de los delitos que cometieron y que afrontan medidas de seguridad, se diría que impuestas más como un castigo que como un tratamiento y atención.

Ya dentro de la prisión, donde la custodia presupondría el aumento de la probabilidad de detección, este tipo de patologías pueden pasar durante largo tiempo desapercibidas (especialmente en internos/as que solicitan aislamiento voluntario y no recurren a las consultas médicas, situaciones que a menudo son desconocidas inclusive por sus propios familiares) y una vez detectadas reciben con frecuencia un tratamiento deficitario teniendo en cuenta sus necesidades y vulnerabilidades específicas. A esta realidad se añaden numerosos elementos, como la alta frecuencia de problemas de consumo, ausencia de redes de apoyo, dificultades graves para la reinserción social y laboral a la excarcelación, etc.

Siendo muy incipiente el desarrollo y aplicación del PAIEM, es muy común el abordaje terapéutico en prisión basado de forma casi exclusiva en el tratamiento farmacológico y en un intento de compensar la fragilidad de estos internos/as mediante ingresos en módulos de enfermería. La atención de salud mental de la inmensa mayoría de los/as internos/as está básicamente en manos del equipo médico de la prisión, complementado en ocasiones por un especialista en Psiquiatría (casi nunca de plantilla). No está garantizada la atención psicológica clínica ni el acceso a recursos específicos de rehabilitación y reinserción psicosocial para estas personas en el entorno penitenciario a pesar que la Ley Orgánica General Penitenciaria y Reglamento Penitenciario reconoce que a la población reclusa se les debe dispensar una atención sanitaria en igualdad de condiciones a la dispensada al conjunto de la población libre unido al reconocimiento del carácter integral de la asistencia sanitaria orientada tanto a la prevención como a la curación y la rehabilitación.

LA “INVISIBILIDAD” DE SUS FAMILIARES Y ALLEGADOS/AS

Son complejas y diversas las necesidades de las personas con trastornos mentales relacionadas con el ámbito penal-penitenciario, aspectos abordados en otros capítulos, por lo que aquí nos centraremos en sus familiares y allegados/as.

Como cualquier otra familia o allegado/a de una persona con enfermedad mental, sus necesidades prioritarias se relacionan con la satisfacción de acceso a la información sobre la enfermedad mental y sus derechos, la seguridad de atención de calidad de sus familiares con trastornos mentales, así como a una atención socio-

sanitaria integral y adaptada a sus necesidades en el que se incluya también la participación y colaboración de las familias y allegados/as.

La diferencia estriba en la necesidad de mayor apoyo sanitario, social, económico por las circunstancias derivadas de situaciones de pobreza y exclusión social en las que suelen vivir, previas a la consecución de su delito por parte del preso/a.

No se pueden minimizar las consecuencias que los procesos penales, y posterior encarcelamiento, tienen para la familia y allegados/as en libertad. Se ven privados/as de un ser querido e inclusive de una fuente de ingresos económicos, pasan por vivencias traumáticas (especialmente si ellos/as mismos/as son las víctimas del delito acontecido), sufren el impacto y efecto del estigma del vecindario, amistades, ellos pagan y acceden al sistema judicial, realizan largos y costosos viajes para visitar a su familiar,...

Las repercusiones sobre la estabilidad familiar son muy variadas, dependiendo de la estructura previa, del tiempo de condena, de las expectativas de ambos/as, etc. La repercusión es mayor si en el núcleo familiar hay niños/as, personas con problemas de salud y/o dependientes (especialmente en el caso que la presa sea una mujer, por el papel social de cuidado que suele desempeñar). También cabe destacar la repercusión en familiares y allegados/as víctimas directas del acto delictivo (primordialmente en el caso de familiares y allegados con su familiar interno en hospitales psiquiátricos penitenciarios).

A estas alturas es preocupante *la invisibilización* de las familias y allegados/as de las personas reclusas con problemas de

salud mental, de sus problemas y necesidades específicas, de sus opiniones y demandas. Siendo esta invisibilidad más aguda en la actuación del sistema penitenciario donde la familia y allegados/as sólo parecen existir para cuestiones meramente burocráticas.

A pesar de las recomendaciones, normativas internacionales y nacionales obligan a “Tener en cuenta los derechos y las necesidades de los/as allegados/as de las personas con trastorno mental”, las actuaciones de mejora realizadas en estos últimos años, desde las organizaciones públicas y privadas, se han orientado en la necesaria y urgente atención centrada en la población con problemas de salud mental vinculada a procesos judiciales y penales, dejando en un segundo plano el abordaje específico de la situación de sus allegados/as.

Desde FEAFES, abogamos por la incorporación, de forma transversal, de la participación y visión de estas familias y allegados/as lo que facilitaría respuestas a sus necesidades y dificultades específicas como figuras clave en el apoyo personal y social de toda persona en nuestra sociedad. Ello sin perjuicio de la obligatoria salvaguarda de todos los derechos, entre otros, de autonomía y libertad, de la propia persona con trastorno mental protagonista de su propia vida y, por otra parte, sin que ello signifique delegar de nuevo en las familias y allegados/as el cuidado, apoyo y atención especializada más allá de sus funciones propias, fundamentalmente emocionales y personales.

En un sistema judicial y penitenciario excesivamente lento y formalista, las necesidades emocionales y materiales de las familias y allegados/as no son satisfechas,

agravándose en los casos cuando las víctimas del delito cometido son los/as propios familiares o allegados/as. Además de las consecuencias derivadas del delito, sufren en primera persona un proceso penal que supone una experiencia dolorosa, en el que incluso pueden comparecer como testigos, sin acceso a determinadas informaciones del proceso llegando, en ocasiones, a desconocer la sentencia de la persona condenada, su propio familiar.

Todos los datos evidencian que la amplia mayoría de internos/as, incluidas las personas con trastorno mental, no poseen vínculos estables familiares o de allegados/as (llegando en muchas ocasiones a ser inexistentes) lo que obliga a dar respuesta a las necesidades y demandas de las sí existentes y a realizar las acciones pertinentes hacia la creación y recuperación de vínculos con familiares, amigos/as, allegados/as de las personas con trastorno mental.

Ante la ausencia de estudios e investigaciones específicas en el estado español de la situación de las familias y allegados de la población penitenciaria con problemas de salud mental, a raíz de nuestra experiencia en estos años, concluimos en primer lugar, en lo que podría ser una obviedad pero en ocasiones no es considerada como tal, esto es *ningún familiar ni allegado/a quiere que su familiar con enfermedad mental esté en prisión.*

Asumiendo el riesgo de simplificación, algunas de las dificultades y necesidades prioritarias que nos concretan estos familiares y allegados/as se derivan de:

–Dificultades específicas que pueden caracterizar a cualquier familiar y allegados/as de personas con enfermedad

mental a las que cabe añadir las derivadas del riesgo de vulneración y exclusión social que suelen caracterizar a este grupo de población, sin olvidar los aspectos específicos relacionados con la diversidad cultural e idiomática (por el significativo porcentaje en las prisiones de internos/as y familiares procedentes de otros países).

–Desconocimiento de la normativa, obligaciones y derechos relacionados con el ámbito de la justicia, así como dificultades de acceso, información y participación en la misma. Dificultades que se pueden iniciar desde el momento mismo de la detención continuando en los procesos de instrucción, juicio y sentencia.

–Desconocimiento de las opciones legales, aplicación y dificultades de acceso a las alternativas a la prisión (medidas de seguridad, suspensión de la ejecución de la pena, clasificaciones de grado y oportunidades de permisos, salidas,...).

–Dificultades personales, económicas y sociales (incluidas situaciones graves de precariedad) en las que se quedan las familias y allegados/as (desamparo del cuidado de hijos/as, progenitores dependientes,...) cuando su familiar ingresa en prisión.

–Dificultades de comprensión, manejo y adaptación ante los cambios que la cárcel va generando en su familiar preso/a y los efectos que ello genera en su relación y vínculos. Relatan frecuentes cambios y alteraciones en su imagen personal, habilidades de comunicación, estados de ansiedad, desesperación o desmotivación y ausencia de expectativas de futuro y, en ocasiones, sobreexigencia tanto afectiva como de recursos

materiales que muchas de las familias y allegados/as no pueden aportarles. A ello se suma en muchas ocasiones el empeoramiento clínico del interno/a, inicio o facilidad de acceso al consumo de drogas que las familias detectan en sus visitas, con el impacto que ello conlleva también en sus relaciones.

- Dificultades ante las normas sumamente restrictivas que imponen a familiares y allegados/as los centros penitenciarios (en menor grado en hospitales psiquiátricos penitenciarios) en relación con las visitas (“comunicaciones”), “vis a vis”... limitándose en ocasiones la autorización solo a familiares de primer grado. Así como el impacto negativo que tiene en su relación el espacio y diseño arquitectónico de locutorios o estancias destinadas a visitas que les impiden todo tipo de intimidad y relación cercana.
- Dificultades de acceso a la información y/o presencia en las consultas ambulatorias, hospitalizaciones y a la información médica, incluso en casos de autorización expresa del familiar o allegado interno/a.
- La ubicación de las prisiones con difícil acceso en transporte público o muy alejadas de la localidad de la familia (especialmente grave para familiares y allegados/as de los/as internos/as de los Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios de Sevilla y Alicante).
- Las restricciones normativas de acceso a la información, orientación y atención del propio personal de las prisiones (inclusivo con aquellos profesionales con funciones y competencias específicas de atención y relación con familiares o redes de apoyo).

–Las restricciones de acceso directo de las propias familias y allegados/as a recursos sanitarios sociales comunitarios. Ante la ausencia de una cartera de servicios específica y dirigida a las familias y allegados/as como usuarios específicas de los recursos comunitarios existentes y dado que su familiar enfermo vive en prisión (no en la comunidad) sus familias no suelen ser reconocidas como usuarias de dichos servicios. Ello facilitaría, entre otros aspectos, la preparación hacia la acogida y salida de su familiar.

–En la salida (incluyendo permisos, salidas terapéuticas,...), dificultades personales, económicas y sociales para apoyar y acoger de nuevo a su familiar preso/a; ausencia de apoyos, centros y servicios específicos intermedios que faciliten también a las familias la reincorporación en o cercana a su domicilio habitual. Son comunes los temores y resistencias derivados de sus experiencias previas negativas con los servicios de salud mental, sociales y de la justicia.

ALGUNAS PROPUESTAS

FEAFES aboga y reivindica que *Ninguna persona con enfermedad mental por causa de la misma y/o por ausencia de recursos en la comunidad debe estar en centros penitenciarios ni hospitales psiquiátricos penitenciarios.*

Partiendo de dicha premisa, es ineludible la aplicación legal efectiva que garantiza que la atención sanitaria de toda persona privada de libertad o sometida a medidas judiciales de seguridad, debe recaer bajo la responsabilidad del Sistema Nacional de Salud, y consecuentemente de las Comunidades Autónomas. También es ineludible la sustitución de los hospitales

psiquiátricos penitenciarios (Sevilla y Alicante) por estructuras de atención sanitaria y social que determine cada Comunidad Autónoma, garantizando la necesaria calidad asistencial y facilitando la adecuada integración prioritariamente en el entorno sociofamiliar de sus usuarios/as.

Reconociendo los esfuerzos realizados en los últimos años tanto por responsables de Instituciones Penitenciarias, Comunidades Autónomas, de personas y organizaciones vinculadas a la organización de Justicia, de algunas Sociedades Profesionales y de múltiples ONGs, sigue siendo necesario priorizar todos los esfuerzos hacia la atención de las personas con enfermedad mental, familiares y allegados/as con mayores dificultades y necesidades de apoyo y soporte social, como suelen ser las afectadas por el ámbito penal y judicial. Orientar los esfuerzos, intervenciones, políticas y presupuestos hacia la prevención de las causas que favorecen la comisión de delitos e infracciones, así como una apuesta clara y decisiva de todas las medidas penales alternativas y de régimen abierto. Y todo ello en un marco de obligado cumplimiento de la aplicación bajo los principios de la Convención Internacional sobre los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas.

Por lo que es prioritario, a riesgo de simplificar:

1.-Cumplimiento la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud

del objetivo 4.10⁵ y la aplicación en todas las Comunidades Autónomas de la recomendación definida en los siguientes términos “dentro de las competencias de las Comunidades Autónomas y en consonancia con la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, crear una Comisión de Coordinación Interdepartamental entre las Consejerías de Sanidad, Servicios Sociales, Trabajo, Educación, Vivienda, Justicia, Economía y Hacienda, así como con el Ministerio del Interior”.

Y tal como se menciona en dicha Estrategia, en ambos casos, se tiene que garantizar la participación real y efectiva de las personas con trastornos mentales y sus familiares (incluyendo la planificación y la evaluación de los servicios), por medio de sus organizaciones representativas junto con todas las ONGs implicadas en la atención y defensa de los derechos de las personas afectadas por ámbito penal y judicial.

2.-Aplicar y desarrollar la *propuesta de FEAFES de intervención terapéutica*⁶ basada en los principios de atención integral de las personas con enfermedad mental y de sus familias y allegados/as con especiales dificultades y necesidades de mayor soporte y apoyo, incluidas las personas afectadas por el régimen penal penitenciario, en línea con los principios de actuación asumidos por la Estrategia de Salud Mental.

⁵ “El Ministerio de Sanidad y Consumo desarrollará, junto con las Comunidades Autónomas, un modelo de colaboración con los órganos de Justicia e Instituciones Penitenciarias para mejorar la atención de las personas con trastornos mentales sometidas al Código Penal y a la Ley del Menor, asegurando la continuidad y la equivalencia de cuidados con el resto de la población”

⁶ <http://www.feafes.org/publicaciones/PROPUESTAINTERVTERAPEUTICAFEAFESOCT09.pdf>

Propuesta que aboga que toda persona diagnosticada con una enfermedad mental tenga garantías de un tratamiento integral adecuado, es decir, que contemple todas las medidas terapéuticas necesarias, reconociendo al centro/unidad de salud mental comunitaria como estructura básica de atención contando con un equipo multidisciplinar que asegure la necesaria continuidad de cuidados, desde una perspectiva de accesibilidad y adaptación a las necesidades de cada persona, la atención domiciliaria y de tratamiento asertivo. Para este grupo de población es especialmente necesario, además, garantizar la accesibilidad y disponibilidad, flexibilidad y adaptabilidad, de participación activa de la persona con enfermedad mental, familia y allegados/as en todos los programas, servicios o centros de atención en los que se puedan incorporar.

- 3.–Aplicar, potenciar y financiar todas las acciones reconocidas legalmente que permiten el cumplimiento de condenas mediante medidas alternativas a la entrada en prisión a personas con enfermedad mental priorizando su acceso a los recursos comunitarios, de atención a la discapacidad y dependencia en las distintas Comunidades Autónomas, resolviendo a la vez aquellas normativas que limitan o excluyen a dicha población.
- 4.–Aplicar de forma efectiva todas las regulaciones legales disponibles que favorezcan la atención especializada en servicios externos a las cárceles a los/as internos/as (artículo 117 del reglamento penitenciario, artículo 96 del código penal, etc.).
5. Potenciar y financiar las acciones de algunos servicios de Asistencia y Orien-

tación Social al Detenido y a la Reinserción (y similares), cuya intervención profesionalizada facilita de forma individualizada el acceso de la colaboración activa a las familias y allegados/as así como el acompañamiento de la persona en su proceso de reinserción desde el inicio mismo del proceso judicial, continuando en la propia prisión en su caso. Servicios que facilitan la tan necesaria y urgente coordinación entre todos los agentes y administraciones implicadas (justicia, penitenciarias, sanitarias, sociales,...) donde es la persona y su red de apoyo el centro de la atención de forma individualizada e integral.

6. Abordar y reducir las barreras de acceso y participación de las familias y allegados/as desde el inicio mismo del proceso judicial, sin perjuicio del cumplimiento de la normativa legal y garantías procesales e individuales de las personas con enfermedad mental. Aspecto especialmente importante para dar respuesta a las necesidades de familiares y allegados/as facilitándoles a su vez el desarrollo de su papel de apoyo hacia la persona con enfermedad mental y evitando su posible desvinculación posterior que el propio sistema penal favorece.
- 7.–Realizar acciones especializadas de formación y sensibilización que aborde el estigma de jueces/zas, fiscales, abogados/as, equipos forenses, fuerzas y cuerpos de seguridad del estado, profesionales de los sistemas sociales y sanitarios comunitarios y penitenciarios así como a los/as propios implicados/as (personas con enfermedad mental, familiares y allegados/as) sobre enfermedad mental, discapacidad, proceso penal y realidad

de las personas con enfermedad mental y sus familias afectadas por el régimen penal penitenciario, contando con la participación en primera persona de las mismas en dichas actuaciones formativas.

8.–Aplicar y financiar la implantación del PAIEM en todos los centros penitenciarios, así como incorporar en su protocolo de aplicación las actividades y acciones específicas hacia la familia y allegados/as de los/as internos/as.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ministerio de Sanidad y Consumo. *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid, 2007

Comisión de las Comunidades Europeas. *Libro Verde*. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Bruselas, 2005.

OMS. Conferencia Ministerial para la salud mental. *Declaración Europea de Salud Mental*. Helsinki. 2005.

Consejo de Europa de Derechos Humanos. Recomendación CM/Rec (2009)3 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre seguimiento de la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas que padecen trastornos mentales. (Aprobado a 20 de mayo de 2009 en la 1507 reunión de Viceministros). http://www.aen.es/web/docs/Rec_Consejo_Europa_Dchos_Humanos_SM.pdf

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior. *Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios (PAIEM)*. Dirección General de Coordinación Territorial y Medio Abierto. 2009

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio del Interior: Hospitales psiquiátricos dependientes de la administración penitenciaria: propuesta de acción. Dirección General de Coordinación Territorial y Medio Abierto. 2011.

Steel J, Thornicroft G, Birmingham L, Brooker C, Mills A, Harty M, et al. Prison mental health inreach services. *Br J Psychiatry*. 2007; 190:373-4.

CERMI: *Las personas con discapacidad en el medio penitenciario en España*. Comité Español de Representantes de personas con discapacidad. Madrid. 2008.

Mora M.I., APDH-A, *Enfermos mentales en prisiones ordinarias: Un fracaso de la sociedad del bienestar*, Sevilla, Informe Febrero de 2007.

Hernández M y Herrera R. (coords.) *La atención a la salud mental de la población reclusa*. Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), Madrid, 2003.

Una década de historia del Grupo de Salud Mental en Prisión (GSMP). Del Congreso de la AEN de Oviedo (2003) al Congreso de la SESP en Madrid (2013)

A decade history of the Group of Mental Health in Prison (GSMP). Congress AEN Oviedo (2003) - Congress of SESP in Madrid (2013)

Iñaki Markez Alonso

(Coordinador). Psiquiatra, Zubiok, Instituto Vasco de Psicoterapia, Bilbao

Alicia Abad Azuara.

Psicóloga clínica. INTRESS, Centro Penitenciario de Navalcarnero, Madrid. Coordinadora del grupo de Salud Mental en Prisión de la AEN (SampAEN)

Mariano Hernández Monsalve

Psiquiatra. Responsable del SSM de Tetuán, Área 5. Madrid

Clara Repeto Zibermann

Psiquiatra en la RSMBizkaia, y especialista en Salud Pública. Grupo de Salud Mental en Prisión de la AEN (SampAEN)

RESUMEN

Haciendo referencia a la tradición de la AEN sobre los aspectos relativos a las difíciles relaciones entre las instituciones judiciales, penitenciarias y sanitarias, en este capítulo nos ocupamos de uno de los efectos principales derivados de la ponencia de la AEN de 2003 titulada "La atención a la salud mental de la población reclusa", como fue la creación de un grupo de trabajo conjunto con la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. Se exponen la metodología y las líneas de trabajo del grupo, evolución y resultados más tangibles, que son las publicaciones producidas en estos años. Por último, se presenta el grupo de trabajo de Salud Mental en Prisión de la AEN (SAMP AEN), y las líneas de futuro, en la elaboración de documentos y en proyectos de investigación.

Palabras clave: Grupo de Salud Mental en Prisión (GSMP), AEN, Sanidad penitenciaria, grupo de trabajo.

ABSTRACT

Referring to the tradition of the AEN on aspects of the difficult relations between the judicial, prison and health institutions, in this chapter we address one of the main effects of the presentation of the AEN 2003 entitled "Attention to mental health of inmates", as was the creation of a joint working group with the Spanish Society of Prison Health. In this paper we present the methodology and lines of work of the group, evolution and more tangible results, as are the publications produced in the last 10 years. Finally, the configuration of the working Mental Health in Prison AEN (SAMP AEN) ae presented, and the lines future, in the preparation of documents and research projects are presented.

Key words: Group of Mental Health in Prison (GSMP), AEN, Prison Health, working group.

El grupo de salud mental en prisión conecta con una larga tradición de la AEN de ocuparse de los aspectos éticos, clínico-asistenciales, legislativos y jurídicos que atañen a la población de pacientes que por haber incurrido en conductas delictivas se hallan bajo los efectos de la aplicación del Código Penal, con doble condición por tanto de “penados con enfermedad mental”. Buena parte de esta tradición está recogida en el magnífico estudio de Onésimo González (2000), y es de destacar la intensa actividad que desarrolló la Comisión de Legislación de la AEN en la década 1980-1990 (que describe muy bien Alicia Roig en un capítulo de la ponencia a la que inmediatamente vamos a hacer referencia). La formación de este grupo de trabajo tiene su antecedente más inmediato en la ponencia propuesta, y aprobada, en el congreso de la AEN de Santiago de Compostela del año 2000¹, elaborada en el periodo 2000-2003, y finalmente publicada y presentada en congreso de Oviedo en el 2003: “La atención a la salud mental de la población reclusa”

Como prelude de aquella ponencia, o como caldo de cultivo del interés que propició el que llegara a presentarse hay que considerar varios aspectos:

- En primer lugar, el sentir general entre los miembros de la AEN interesados en estos aspectos de una falta importante de información sobre el “estado de la cuestión” (la situación de la población con enfermedad mental y cargas penales, la morbilidad psiquiátrica en las cárceles, la atención a la salud mental y a los pa-

cientes en las prisiones, la dimensión de las medidas alternativas, la frecuencia y modalidad, en régimen de hospitalización o en régimen ambulatorio, en que se estaban imponiendo en sentencia y su aplicación concreta, en qué hospitales y en qué condiciones se estaban cumpliendo las medidas en régimen de internamiento, o con qué resultados las impuestas en régimen ambulatorio; qué condiciones de garantía de calidad asistencial reunían los dos hospitales psiquiátricos penitenciarios, el de Fontcalet y de Sevilla, de que disponía la Sanidad Penitenciaria para el cumplimiento de medidas de seguridad, la colaboración asistencial entre la red sanitaria general -la del SNS- y la de Sanidad Penitenciaria, la conexión entre los juzgados de Vigilancia Penitenciaria y los Servicios de Salud Mental). Este “estado de la cuestión”, aún no teniendo suficiente información sobre el mismo, era claramente insatisfactorio: la colaboración entre la red general de SSM y los centros penitenciarios, las cárceles, era muy escasa, y cuando se daba parecía depender más de la actitud voluntariosa de algunos equipos o de profesionales concretos interesados en el tema que de acuerdos interinstitucionales consistentes.

Los dos centros de Sanidad Penitenciaria para cumplimiento de las medidas de seguridad estaban desconectados de la red de salud mental comunitaria, en las enfermerías de las prisiones y en los módulos estaba creciendo la proporción de personas con diagnósticos psiquiátricos y no teníamos noticias de que se estuvieran desplegando medios adecuados para ello (ni medios propios de la Sanidad Penitenciaria,

¹ “Para quien no lo conozca, convendrá informar que la AEN selecciona en cada Congreso las tres ponencias principales que se presentarán en el siguiente Congreso, de modo que se preparan a lo largo de los tres años que separan cada Congreso del siguiente, y se publican en forma de libro.

ni provenientes de la colaboración con los SSM de la red general; ni programas de formación apropiados para que los profesionales de los centros penitenciarios pudieran intervenir con suficiente garantía, etc.)

- Junto a este sentir general insatisfactorio, sabíamos de la existencia de algunos equipos de salud mental comunitarios, o al menos algunos profesionales de esos equipos, que mantenían algún tipo de colaboración con los centros penitenciarios, en general, como decíamos, con más dosis de voluntarismo que de compromiso interinstitucional ej. Jerez, Puerto de Santa María, en Nanclares y otras prisiones del País Vasco, con especial experiencia en intervenciones con población con drogodependencias.

- Por otra parte, en Cataluña, única comunidad autónoma donde se habían producido las transferencias sobre la cuestión penitenciaria, donde ésta dependía de la Consejería de Justicia (mientras que en el resto del Estado dependía del Ministerio de Interior) se estaba planteando un modelo de atención específico a los problemas de salud mental en prisión y de atención psiquiátrica a los pacientes mentales con cargas penales. Merecía la pena conocer en detalle esas propuestas, y como tal se incluyeron en el proyecto de la ponencia

- Otro aspecto que vino a incentivar el interés por proponer una ponencia general para Congreso de AEN sobre este tema, fue el que en 1999 se le encargó a Mariano Hernández, como vicepresidente de Mental Health Europe, preparar una ponencia sobre el estado de la cuestión en Europa que finalmente se presentó en el Consejo de Europa, en Estrasburgo en diciembre de 1999. En la preparación de esa ponencia colaboraron Rafael Herrera que había acumulado amplia experiencia

durante los años de colaboración entre los servicios de salud mental de Puerto de Santa María y el Penal del mismo nombre y, muy especialmente, Julián Espinosa (recientemente jubilado después de haber colaborado en los últimos años con la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria en el diseño de planes y programas de atención a la salud mental en prisiones, proponiendo reforzar la capacidad de intervención de la atención primaria de las prisiones para atender los problemas psiquiátricos y propiciando la colaboración entre los servicios de salud mental de la red de salud mental general, comunitaria, y la de Sanidad Penitenciaria). Aquel trabajo sobre la situación de la salud mental en las cárceles europeas ayudó a ver que la dimensión del problema desbordaba los límites de cada Estado, pero ayudó también a ver la imperiosa necesidad de “poner manos a la obra” para revisar a fondo la situación que estaba generándose en España a este respecto, tras los primeros quince años de “reforma psiquiátrica” y después de las reformas del Código de 1983 y de 1996 que afectaban muy directamente a la población de pacientes con diagnóstico psiquiátrico y cargas penales

Una vez aprobada la ponencia en el Congreso de Santiago, se formó un grupo de trabajo elaborador de la misma. Las pretensiones de la ponencia eran relativamente ambiciosas, pues pretendía recoger los aspectos principales que dieran cuenta del panorama heterogéneo que se estaba dibujando, detectar los aspectos más problemáticos, identificar también las experiencias más positivas de las nuevas experiencias que estaban surgiendo y elaborar conclusiones y propuestas que pudieran propiciar los cambios necesarios. En aquellos años se estaban produciendo cambios

en todos los ámbitos, en la red sanitaria general -despliegue nada fácil ni homogéneo en el conjunto del Estado, de los servicios de salud mental comunitaria-, en la relación de la Sanidad y la Justicia y Servicios Sociales... El panorama que se estaba dibujando en las distintas CCAA era muy desigual y no disponíamos de información clara sobre este panorama. Los datos disponibles apenas informaban de las dimensiones *grosso modo* de la desinstitutionalización y del crecimiento de los nuevos dispositivos, pero no disponíamos de información sobre aspectos importantes de la población de pacientes en los centros penitenciarios. Sobre la población que estaba cumpliendo medidas alternativas en hospitales (ya fueran hospitales generales o monográficos, ya fueran públicos, concertados o privados) o sobre la dimensión de las medidas de seguridad ambulatoria también era débil la información conocida o alcanzable.

PONENCIA DE LA AEN

Tras los tres años de trabajo se publicó, como de costumbre en la colección “Estudios” de la AEN y se presentó en el Congreso de la AEN de Oviedo 2003. La presentación no fue especialmente lúcida; nos resultó muy difícil sintetizar todos los trabajos que formaban parte de la ponencia, y no dedicamos suficiente tiempo para la discusión general. En cualquier caso, el objetivo principal: documentar la situación, elaborar propuestas y generar un medio de difusión de las mismas (el propio libro editado y la capacidad de la AEN para hacer circular las propuestas) estaba cumplido.

En cualquier caso, la ponencia despertó interés dentro y fuera de la AEN: la Asociación de Técnicos de Instituciones Peni-

tenciarias (ATIP), publicó en su revista un amplio comentario sobre nuestra ponencia, insistiendo en su interés para todos los implicados en el tema, y muy pronto también se interesó la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP). Además coincidía que, por su parte, la SESP estaba en aquellos momentos intentando organizar grupos de trabajo específicos sobre VIH y sobre salud mental, por ser dos de los principales problemas que despertaban más interés entre los médicos de la Sanidad Penitenciaria debido a las carencias en su capacitación en esos terrenos.

De impulsar el grupo sobre salud mental dentro de la SESP se había responsabilizado José Manuel Arroyo, médico de la prisión de Zuera, en Zaragoza y, en aquellos momentos, director de la Revista de Sanidad Penitenciaria. Así, recibieron muy bien la llegada de nuestra ponencia, especialmente por lo que suponía de aportación “desde fuera del sistema de la sanidad penitenciaria” y, aún así, con muchas coincidencias con sus planteamientos, especialmente el énfasis en la “equivalencia de cuidados” (el recluso tiene los mismos derechos en cuanto a la protección y cuidado de su salud, incluida su salud mental, que el resto de los ciudadanos), la necesidad de formación de los profesionales, médicos y personal de enfermería de la atención primaria de las prisiones en cuestiones de salud mental, la necesaria permeabilización de las redes – de la sanidad general y de la penitenciaria para desarrollar programas conjuntos y distintas formas de colaboración en formación, asistencia e investigación, etc.

ORÍGENES DEL GSMP

Muy pronto, a propuesta de la SESP, nos reunimos varios representantes de la

SESP y de la AEN y acordamos constituir un grupo de trabajo conjunto, el Grupo de Salud Mental AEN-SESP, precedente del que se llamaría poco después Grupo de Salud Mental en Prisiones (GSMP). Este grupo de trabajo ya expuso sus pretensiones con claridad en un documento tras su primer encuentro:

La Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) lleva varios años trabajando en el campo de la psiquiatría penitenciaria y ha publicado una extensa ponencia sobre este tema en su último Congreso de Junio de 2003 en Oviedo. En un informe resumen de esta ponencia, la AEN considera que la base de la asistencia a los problemas de salud mental de los reclusos, son los equipos de atención primaria de las prisiones y recomienda potenciar la formación continuada de estos profesionales.

La Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP) ha comenzado este año a patrocinar grupos de trabajo específicos sobre temas de interés dentro de la sanidad penitenciaria, con el objetivo general de analizar los problemas asistenciales en cada área y proponer e impulsar soluciones que mejoren la asistencia a los reclusos.

El cuidado de la Salud Mental entre los reclusos es un campo en el que hay oportunidades de mejora en la calidad asistencial y por ello la SESP considera prioritario crear un grupo de trabajo para analizar esta asistencia en los Centros y proponer actividades que la mejoren. Resultará muy aprovechable asociar esta iniciativa a la de la AEN, para que miembros de ambos colectivos que trabajen en el campo penitenciario, puedan unir sus experiencias profesionales y así enriquecer las conclusiones que salgan del grupo. Se intentará conjugar dos diferentes

puntos de vista, el del profesional de Atención Primaria y el del especialista en Psiquiatría, ya trabaje dentro de la institución penitenciaria, o fuera de ella. Uno de los objetivos será analizar de qué manera la prisión afecta a la salud mental de los reclusos, al mismo proceso de enfermar, e igualmente de qué forma desde dentro del entorno penitenciario, se puede ayudar a la recuperación de este tipo de enfermo.

La estrategia de trabajo se basaba en que ya en la SESP había diferentes miembros preocupados por la salud mental en prisiones que habían trabajado o lo estaban haciendo sobre este tema y deseaban pertenecer a este grupo de trabajo sobre salud mental en prisiones. Cristina Iñigo, médico del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante, Andrés Martínez Cordero, médico del Centro Penitenciario de Oviedo, Atanasio Rubio Flores, Luis Ortega Lasanta, médico del Centro Penitenciario de Málaga, Andrés Marco Mouriño, médico de la Modelo de Barcelona, Vicente Martín, Eduardo Ortega psiquiatra consultor del Centro Penitenciario de Zaragoza, José Manuel Arroyo médico del Centro Penitenciario de Zaragoza, fueron quienes iniciaron el grupo, al que posteriormente se sumaron otras personas.

Desde la AEN, a Rafael Herrera, en el ESM de Bahía Puerto de Sta. María y con amplia experiencia en la atención especializada de reclusos, y Mariano Hernández Monsalve, coordinadores de la ponencia sobre salud mental del congreso de la AEN (Oviedo, 2003), ambos especialistas en psiquiatría, se les unieron Carlos Dueñas, psiquiatra, coordinador de S. Mental del área “Macarena” de Sevilla, Iñaki Markez, psiquiatra en un CSM de la Red Extrahospitalaria de Bizkaia con

experiencia en evaluación y organización de programas de drogodependencias; Enrique Pérez, psiquiatra consultor del Centro Penitenciario de Alicante, José Civeira, psiquiatra consultor del Centro Penitenciario de Zaragoza y por los Serveis Penitenciaris de la Generalitat se sumó Enric Vicens Pons, psiquiatra con gran experiencia docente y de investigación.

Para empezar parecía importante recoger la experiencia de cada colectivo y ponerlo encima de una mesa común, decidir qué camino deberían tomar las actividades del grupo y avanzar conjuntamente de una manera más eficaz.

¿Cómo reorganizar la experiencia y el punto de vista de cada uno sobre la asistencia a los reclusos en materia de salud mental? Una propuesta fue avanzar por etapas:

1- Ponernos de acuerdo en cuales eran los temas prioritarios a analizar en la protección de la salud mental de los reclusos. Hacerlo además de una manera respetuosa con la medicina basada en la evidencia, utilizando por ejemplo una metodología cualitativa, en concreto la del Grupo Nominal ya ensayada en otros grupos de trabajo de la SESP.

2- De acuerdo también con la Teoría de la Calidad, una de las formas de mejora de la atención sanitaria es la contribución a la disminución de la variabilidad en la práctica clínica. Un modo de contribuir a hacerlo es consensuar unas directrices que faciliten la toma de decisiones a los profesionales ante situaciones clínicas de especial dificultad, mediante una guía de uso.

3- Este grupo de trabajo mixto AEN-SESP se ocuparía de estudiar aquellos problemas que el grupo considere más importantes para la mejora de la calidad asistencial en materia de salud mental en las prisiones, en el orden en el que se haya establecido previamente, editando sus conclusiones en forma de Guía de Práctica Clínica, monográfica para cada tema.

4- A consensuar la estructura de cada guía y la estrategia de trabajo.

Para lograr la definición de Problemas, el grupo se reunió por primera vez en Madrid, en marzo de 2004, y discutió, con metodología de grupo nominal (coordinado por José Manuel Arroyo, siguiendo la metodología de mejora de calidad con la que ya estaban trabajando), sobre los aspectos que tenían mayor interés conjunto para ambos grupos, con el siguiente resultado:

1- Detección de casos graves y criterios de intervención

2- Manejo de los internos con Patología Dual

3- Conocimiento de Prevalencias de Trastornos Mentales

4- Enlace intra-extra penitenciario

5- Prevención y promoción de la salud mental

6- Propuesta de modelo asistencial en SM

7- Lo regimental versus lo sanitario

8- Valoración y manejo de las actuaciones autolíticas

9- Peritaciones versus terapias

10- Entrevista y relación terapéutica

PATROCINIO DEL GRUPO

La empresa que patrocinó el grupo de trabajo los primeros años fue Janssen, colaborando en la financiación de la estancia y traslado de los miembros del Grupo durante los encuentros de trabajo en algún hotel de Madrid principalmente, o en Barcelona o con ocasión de los congresos de la SESP y de la AEN en distintas ciudades en las cuales se aprovechaba para realizar alguna reunión específica. Señalando ya en las primeras reuniones (octubre 2004) que el interés de la empresa en este grupo era fundamentalmente conseguir información del medio penitenciario a través de profesionales interesados en este campo y orientar en consecuencia la actividad de su empresa en este campo. Sin motivación alguna para influir en la marcha de las actividades del grupo como tal y propone algunos proyectos como por ejemplo:

- La creación de un manual de formación en materia de salud mental en el medio penitenciario.
- Estar presente como anunciante en la revista española de sanidad penitenciaria.
- Impulsar la realización de un trabajo corto en forma de artículo original o revisión sobre la importancia de la adherencia en los tratamientos farmacológicos en sujetos con patología dual para su posible publicación en este año en una revista técnica nacional de ámbito psiquiátrico-penitenciario.

- Incluir los trabajos del grupo en un proyecto, ya en marcha, de publicación de un manual sobre cumplimiento de los tratamientos en enfermos mentales.
- Colaborar en la página web del grupo.

- Colaborar en el Congreso de la SESP.

- Impulsar a medio plazo un documento de consenso sobre cumplimiento de tratamientos en sujetos con patología dual en prisión.

- Impulsar, si se considera conveniente, una encuesta a sanitarios de prisiones para generar un perfil de intereses de este tipo de profesionales en relación con los temas que el grupo considere necesario.

El apoyo de esta empresa farmacéutica facilitó un buen número de reuniones de trabajo, lo cual es importante reseñar ya que no hubo exigencia de contrapartidas de ningún tipo. Realmente en esos años no existió conflicto de intereses.

En el año 2009, tras la reunión en Cádiz con ocasión del congreso de la AEN en aquella ciudad, se produjo una ruptura con la situación precedente. Se estaba trabajando en torno a una guía de salud mental inglesa, "Manejo de los trastornos mentales en prisión" que habíamos traducido, adaptado a la realidad española y ampliada con varios capítulos. En ninguna reunión, por ningún miembro se había mencionado que se fuera a incluir un capítulo referente al tratamiento con antipsicóticos. Pero desde el responsable de producto de Janssen, en su último mensaje por correo electrónico señalaba publicar la guía con un anexo sobre tratamiento con antipsicóticos con mención expresa al inyectable de risperidona. Se optó por

comunicar la incomodidad del grupo por la actitud de presión con el tema del tratamiento y se propuso definir con Janssen qué tipo de relación tenía con el Grupo de Salud Mental, si aceptaba publicar o no el trabajo. Decidió que no, lo que supuso un impasse de dos años hasta una nueva valoración de intentar que fueran las dos Sociedades, SESP y AEN, quienes financiaran la publicación. En el presente el GSMP carece de patrocinio alguno.

CONTENIDOS Y DOCUMENTOS ELABORADOS

El GSMP tenía su labor fundamental en la elaboración y debate de documentos de trabajo una vez presentados los borradores de los documentos:

1- La *guía sobre manejo de patología dual en prisión* puntualizando entre delito y trastorno mental, avances en el perfil clínico con utilización de la descripción por síntomas mejor que por entidades nosológicas, propuestas de usar los códigos Z del DSM IV, nuevas aportaciones sobre criterios de efectividad, aspectos farmacológicos y conductuales, etc. Además del interés de utilizar ejemplos prácticos de manejo de situaciones o patologías, mencionando lugares o personas concretas donde se realizan, como recursos didácticos.

2- Rafael Herrera expuso el borrador del documento sobre *detección y manejo de casos de enfermedad mental grave en reclusos* con una introducción en la que se explique por qué es necesaria una guía-protocolo sobre este tema, y ver como

concretar patologías sobre las que es conveniente mayor exploración: las psicosis, los trastornos graves del estado de ánimo, los cuadros de simulación.

3- Enric Vicens explicó el proyecto de *estudio epidemiológico de trastornos mentales en reclusos*. Se trataba de realizar una réplica adaptada para centros penitenciarios del estudio europeo de prevalencia ESEMeD. Dicho trabajo ya estaba en curso en las prisiones de Cataluña mediante una beca FIS. Fue preciso elaborar un informe detallado para la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria y solicitar el permiso preceptivo, con un número suficientemente representativo de internos del resto del Estado, además de someter el proyecto al visto bueno de un comité ético en cada prisión. Se logró el V.º B.º institucional y se efectuó el estudio en cárceles de Catalunya, Madrid y Aragón.

4- El Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante.

En esos años la labor no fue solo de debate y elaboración teórica. También estuvo presente el análisis de la situación de algunos centros penitenciarios, cuyo exponente más notorio fue el Informe sobre la situación del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante².

La Plataforma para la defensa y mejora de los servicios públicos en Salud mental de Alicante en relación al Hospital psiquiátrico penitenciario detalló la precariedad y deficiencias de dicho centro, señaló la falta de adecuación de la estructura organizativa directiva desde sus mismos orígenes, impropia de un

¹ Documento titulado "Situación del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante. Plataforma para la defensa y mejora de los servicios públicos en Salud mental de Alicante". Alicante, 10 de julio de 2006.

establecimiento hospitalario. Detalló la insuficiencia de medios, la falta de personal especializado, falta de personal asistencial de primera línea, carencia de formación del personal e inadecuación de unidades asistenciales básicas. Baste decir que se señalaba que el personal que forma la plantilla del HPPA nunca había recibido una formación pautada específica, ni en el momento del reclutamiento, ni con carácter continuado. Pero no acababa ahí pues la Ética asistencial y el control de calidad era algo inexistente, sin órganos de evaluación o con la supresión de los elementos garantistas.

El suicidio no era inusual en los establecimientos psiquiátricos y por ello la DGIP había adoptado un protocolo de prevención de suicidios que era asumible si bien en el HPPA no regía en su totalidad.

Las conclusiones fueron claras:

La situación del HPPA es ciertamente grave y su estudio requeriría la creación de un grupo de análisis con actores propios y ajenos a la institución penitenciaria que evaluara la misma. No obstante, parece necesario -e incluso imprescindible- que la Administración Penitenciaria adoptara, a la mayor urgencia, entre otras, las siguientes medidas:

- La estructura directiva del HPPA debiera homologarse a cualquier otra institución hospitalaria.
- Es preciso crear un órgano unipersonal coordinador del servicio de psiquiatría.
- Debe garantizar la asistencia a los pacientes durante todas las horas de todos los días del año. Un mínimo de 10

psiquiatras en plantilla es absolutamente irrenunciable.

- La plantilla de ATS, Auxiliares de Clínica y Celadores ha de incrementarse notablemente.

- Han de programarse cursos de formación, con carácter previo a la incorporación a las tareas del HPPA y durante la prestación de las mismas (formación continua).

- Debe derogarse, por ilegal y contrario al principio de jerarquía normativa el apartado 10º de la Circular 07/96 IP, de 12 de junio, encomendándose las funciones propias de la Junta de Tratamiento al órgano técnico correspondiente (Equipos Multidisciplinares), reduciendo el papel del Consejo de Dirección a las funciones regimenterales que le son propias.

- Los Equipos Multidisciplinares deben incorporar, como miembros de pleno derecho, a juristas y educadores, en garantía del cumplimiento de la legalidad en referencia a los primeros y a la representación de los intereses e inquietudes del paciente en el caso de los segundos. Lo cual requiere la modificación del art. 185 RP 1996.

- Debe crearse un Comité de Ética Asistencial o establecerse un marco de coordinación con un Comité de referencia ya existente en otro establecimiento hospitalario de la localidad.

- Ha de celebrarse una conferencia estatal en la que participen la Administración Penitenciaria y las Administraciones sanitarias autonómicas para la coordinación de los dispositivos

asistenciales necesarios para el momento de la excarcelación de los pacientes de psiquiátricos penitenciarios.

- Es pertinente la creación de una Unidad de Evaluación y Peritaciones en el HPPA que preste asistencia a los órganos jurisdiccionales del orden penal de nuestro país, y en la que sus miembros se encuentren desligados del sistema asistencial ordinario.

- De no poderse garantizar, como viene sucediendo en la actualidad, una siquiera mínima asistencia decorosa a los pacientes del HPPA, la Administración Penitenciaria debiera reconocer tal incapacidad para la prestación de este servicio público y el Gobierno de la Nación encomendar la gestión del establecimiento al organismo, departamento o administración pertinentes.

A raíz de este amplio y detallado documento, el Defensor del Pueblo mantuvo abierto un expediente ampliando la información, y hubo reuniones de los miembros de la plataforma con la Directora General de II.PP. sobre el tema.

También coincidió mayor movimiento a nivel europeo sobre el tema de la Salud Mental en prisión. Fueron revisados 27 informes nacionales del estudio de enfermedad mental en prisión, en el estudio Eunosia (medios coercitivos en prisión), y el Consejo de Europa revisó todos los documentos (unos 80) sobre salud mental en prisión.

El GSMP también visitó, en diferentes momentos, los hospitales psiquiátricos penitenciarios de Sevilla y de Brians con el

ánimo de recabar información y conocer de primera mano sus respectivas realidades.

Publicaciones

Fue precisamente en la reunión de trabajo celebrada en Alicante en Junio del 2007 donde se valoró los escasos avances producidos en relación a la mejora del hospital psiquiátrico penitenciario. Y se intercambiaron favorables comentarios sobre el documento de *Consenso sobre Patología Dual* elaborado por el grupo, editado el año anterior y entregado en formato libro en el Congreso de Zaragoza, con muy buena acogida. Fue el primer libro editado colectivamente por el GSMP y coordinado por Jose Manuel Arroyo.

En esa reunión comenzó a trabajarse sobre una propuesta de trabajo/colaboración con el grupo de Cardif de psiquiatría forense para investigar en violencia y salud mental con los proyectos tan variados y alejados a las posibilidades del grupo como: “Violencia, agresión y epilepsia en prisión”, o sobre “Factores relacionados con el deterioro mental en prisión”, o también sobre “Violencia y delirios” que precisaba de pruebas de neuroimagen.

En la reunión de Lérida en Octubre del 2007 (6-10-2007) se abordó la existencia del *Documento de consenso de Trastornos Mentales Severos* enviado por Rafael Herrero, proponiendo unos grupos. En el debate sobre una definición clara de trastorno mental severo se propuso la definición de GAF³. Y aquí surgió tomar como base la guía de salud mental inglesa, *Manejo de los trastornos mentales en prisión* que, a la postre, orientaría al grupo hacia un nuevo trabajo de traducción y

³ Global Assesment of Functioning APA, 1987.

adaptación de la misma a la realidad española. En ella se echaba en falta un apartado de los trastornos por consumo de alcohol, otro capítulo sobre Enfermería Psiquiátrica, otro de normativa legal.

En esa misma reunión se valoró muy necesaria la implicación del Grupo en actividades formativas hacia los profesionales de los centros penitenciarios. Se habían iniciado cursos para médicos y enfermería de prisiones, muy valorados por la Administración. Se planteó la necesidad de unificar el catálogo y abrir la formación a todos los profesionales mediante Jornadas o Grupos de Trabajo; siempre patrocinados por este grupo de trabajo. Se vio conveniente sensibilizar a otras instituciones, generando comisiones para intercambiar opiniones con Jueces, Administración Penitenciaria y Administraciones sociosanitarias de la comunidad.

En la reunión mantenida en Cádiz en junio de 2009, la *Guía: Atención primaria de la salud mental en prisión* estaba lista a falta de pequeños detalles. El capítulo sobre Aspectos Ético-Legales de la Salud Mental en Prisión elaborado por Fernando Barrios se decidió publicarlo como un anexo. El trabajo enviado por Rafael Herrera sobre *Trastornos Somatomorfos*, por tratarse de un trabajo original y no traducción de la guía, se propuso publicar en la Revista Española de Sanidad Penitenciaria, en el siguiente número, como un artículo especial.

Sin tener finiquitado este trabajo ya se planteó cual sería el siguiente trabajo colectivo, y así apareció en escena el interés por elaborar un protocolo de desintoxicación en adicciones en prisiones para el próximo congreso. Existían otras guías

elaboradas por la SEP y por Sociodrogalcohol pero se vio adecuado hacer una *Guía de recomendaciones de desintoxicación en Prisión* comprometiéndonos a que estuviese para el congreso de Sevilla en el 2010.

En este encuentro del GSMP tendríamos una trágica noticia: el fallecimiento del miembro del grupo Rafael Herrera, uno de los coordinadores de la ponencia de la AEN de 2003, origen de este impulso colectivo.

Por fin pudo editarse la *Guía: Atención Primaria de la Salud Mental en Prisión* con el apoyo de Pfizer y hubo dos presentaciones simultáneas del libro durante las XV Jornadas de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria en Ourense, y en las III Jornadas de Derechos Humanos y Salud Mental de la AEN en Bilbao celebradas los días 21 y 22 de octubre de 2011. La difusión de la presentación de este libro contó con un elevado número de impactos en la prensa.

Finalmente el trabajo desde finales de 2011 a finales de 2012 ha estado en torno a la elaboración de un nuevo libro, *Guía Atención y Tratamientos en Prisión por el uso de drogas*, coordinado por Iñaki Markez y Cristina Iñigo, al igual que la edición del anterior ejemplar. Con la colaboración de Pfizer en su edición, fue presentado en el IX Congreso Nacional de la SESP, en Madrid durante los días 15-17 de Noviembre y en varias ciudades coincidiendo con eventos de la AEN: Gijón, Burgos, Bilbao, Santander, y teniendo previstas próximas presentaciones en otras ciudades.

Ambas sociedades han coincidido también con miembros del GSMP en la “WPA Conferencia Temática de Salud Mental y

Medicina de Familia Trabajando Juntos”. Celebrada en Granada durante los días 8 al 11 de Febrero de 2012 organizada por la Asociación Mundial de Psiquiatría en estrecha colaboración con WONCA y la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), con el apoyo y respaldo de diferentes sociedades y organismos tales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), la Asociación Mundial de Psiquiatría Social, la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL) y la Red MARISTAN, entre otras. La colaboración fue a través de la organización y presentación de una mesa con el título: “Enfermedad Mental en las Prisiones Españolas: realidad actual”, en la que participaron miembros del grupo: Cristina Iñigo, Antonio López Burgos u Clara Repeto.

¿Qué nuevas tareas de debate y elaboración se plantea el GSMP? En la última reunión del GSMP, durante el congreso de la SESP en Madrid en este año 2013, las iniciativas apuntan hacia abordar *Protocolos de actuación en enfermería en Salud Mental en prisión* lo que se plantea a realizar en colaboración con el grupo de enfermería. Se trata de favorecer que el rol de la enfermería sea reconocido en toda su importancia y se actúe potenciando su labor e iniciativas.

EL GRUPO SAMPAEN

En las Jornadas de la Sección de Derechos Humanos de la AEN celebradas en Gandía en septiembre de 2009, se reactivó el grupo de trabajo propiamente de la asociación que se incluía en la recientemente creada sección, incorporándose inicialmente algunos miembros más. Desde entonces y hasta 2012 se fueron uniendo más personas al grupo, de diferente ámbito

profesional y geográfico, de manera que en la actualidad forman parte del mismo profesionales de la psiquiatría, psicología, terapia ocupacional y derecho penal, procedentes fundamentalmente de Euskadi, Comunidad Valenciana y Comunidad de Madrid. Así nació SampaEN, Salud Mental en Prisión de la AEN.

Se creó un grupo de Google para el intercambio de información y trabajo en red, de manera que el trabajo del grupo se realiza mediante reuniones presenciales, que tienen lugar habitualmente dos o tres veces al año (coincidiendo con jornadas o congresos por todo el territorio nacional, o bien reuniones en la sede de la AEN en Madrid), así como a través de la red.

Desde el grupo también se ha impulsado la celebración de jornadas monográficas, o con la inclusión de mesas sobre la atención a la salud mental en prisión en las siguientes jornadas, en las que varios miembros del grupo han presentado así mismo ponencias o comunicaciones sobre el tema:

- II Jornadas de la Sección de Derechos Humanos de la AEN (Gandía, septiembre 2010)
- I Jornadas Cárcel y Salud, AIEME-UAM (Madrid, abril 2011)
- XXIV Jornadas Nacionales de la AEN (León, junio 2011)
- III Jornadas de la Sección de Derechos Humanos de la AEN (Bilbao, octubre 2011)
- WPA Conferencia Temática. Salud Mental y Medicina de Familia trabajando juntos (Granada, febrero 2012)

- IV Jornadas de la Sección de Derechos Humanos de la AEN (Gandía, septiembre 2012)

- III Jornadas de Salud Mental del Norte, Gijón, noviembre 2012.

Ya en 2012 este grupo -SampAEN- se planteó la elaboración de algún capítulo sobre terapias en la Guía de atención a las adicciones. Tenía un buen precedente al haberse impulsado la edición final de la Guía anterior por personas de este grupo. Tomó con seriedad la participación en la Conferencia Temática Salud Mental y Medicina de Familia en Febrero, en Granada a través de Clara Repeto con un trabajo donde se propuso hablar del PAIEM y otras sugerencias: Prevención de suicidios; educación entre iguales; Formación a internos que después serán encargados de promocionar la Salud (ej. Cuidados de salud, VIH) dentro de prisión; y dar a conocer el grupo SAMPAEN.

SampAEN se planteó estrechar lazos con la SESP mediante reuniones conjuntas como en el pasado con los miembros de Sanidad Penitenciaria. En la Conferencia de Granada, pudo ser un buen momento. También se decidió contactar con el Tercer sector, así como establecer lazos con otros grupos mediante la difusión de informaciones y documentos para fomentar la participación. En las últimas jornadas de la sección de derechos humanos de la AEN se organizó un taller de trabajo para retomar o iniciar contactos con grupos diversos: Consejo Social Penitenciario (incluidos Fundación Manantial, Punto Omega, GID,...), ASAV (Asociación de Salud y Alternativas de Vida, Leganés), Plataforma “Otro derecho penal es posible”, Salhaketa, Pastoral Penitenciaria, Lur Gizen, FEAFES, etc.

No obstante, también la investigación forma parte de las iniciativas de este grupo de trabajo de la AEN. A considerar el *Estudio de continuidad del seguimiento tras la libertad en el C.P. de Navalcarnero*, planteado como estudio de análisis de variables que influyen en la mayor o menor inclusión de personas con enfermedad mental en prisión en la Red de Salud mental o en la reincidencia.

Otra propuesta de Estudio es el *análisis de necesidades de los profesionales de ayuda en los centros penitenciarios*. Se trata de un estudio a través de encuestas/entrevistas a profesionales penitenciarios tanto sanitarios como de tratamiento para ver cuales son sus necesidades dentro de su puesto de trabajo (cuidarse para cuidar, estrés laboral, calidad de vida, listados de necesidades/expectativas), para detectar si es preciso incidir en sus cuidados como profesionales de la salud u ofertar la formación precisa que aporte herramientas de relación y que haga posible una mejora en la atención clínica de aquellas personas con enfermedad mental.

Hay un campo de actuación extenso para quienes deseen tomar iniciativas y quieran intervenir en el ámbito penitenciario dadas las muchas limitaciones y necesidades existentes. Necesidades sociales y sanitarias, de organización y formación, propias de las instituciones públicas o desde el movimiento asociativo, desde los profesionales integrados en los centros penitenciarios o desde profesionales y ciudadanía dispuesta a colaborar para que este medio tan estigmatizado realmente pueda ser un recurso de rehabilitación e inserción.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Actas del GSMP de 2004 a 2013.
- APA, American Psychiatric Association. *Global Assessment of Functioning en Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd Edition-revised (DSM III-R). Washington DC, 1987.
- Arroyo JM (Coord.). *Atención Primaria de la Patología Psiquiátrica Dual en Prisión*. Edita GSMP. Zaragoza, 2006.
- González O. La AEN y la situación de los enfermos mentales en España. *Cuadernos Técnicos* nº3. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid 2000.
- Hernández M, Herrera R (Coords.) *La atención a la salud mental de la población reclusa*. Ed. AEN, Colección Estudios. Madrid, 2003.
- Iñigo C, Markez I. (Coords.). *Guía. Atención primaria de la salud mental en prisión*. Edita GSMP/OM Editorial. Bilbao, 2011.
- Markez I, Iñigo C (Coords.). *Guía. Atención y tratamientos en prisión por el uso de drogas*. Edita GSMP/ OM Editorial. Bilbao, 2012.
- Plataforma para la defensa y mejora de los servicios públicos en Salud mental de Alicante. "Situación del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Alicante". Alicante, 10 de julio de 2006.
- WHO, World Health Organization. *Mental Health Primary Care in Prison*. London: Royal Society of Medicine Press Ltd., 2002.

Correspondencia:
imarkeزالonso@gmail.com.

INFORMES

CONSENSO DE BRASILIA 2013

USUARIOS DE SERVICIO DE SALUD MENTAL Y SUS FAMILIAS

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y el Ministerio de Salud de Brasil convocaron la “I Reunión Regional de Usuarios de Servicios de Salud Mental y sus Familiares”, los días 15, 16 y 17 del mes de octubre del 2013, con los objetivos de: a) promover el intercambio de experiencias personales e institucionales sobre la autonomía y el protagonismo de los usuarios y sus familiares de la Región de las Américas, para favorecer su organización social y su participación en las decisiones relacionadas con las políticas de salud mental; b) promover el debate y la reflexión sobre la política pública de salud mental de la Región, en particular la que está elaborándose en Brasil, y c) empoderar a familiares y usuarios para que evalúen la calidad y la garantía de los derechos humanos en los servicios.

Participaron en esa reunión representantes de Argentina, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, El Salvador, Ecuador, Estados Unidos, Honduras, Jamaica, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana y Suriname, en su mayoría delegados de asociaciones y organizaciones de usuarios de los servicios de salud mental y sus familiares. Estuvieron presentes también representantes de la Organización Mundial de la Salud; la Organización Panamericana de la Salud; la Coordinación General de Salud Mental, Alcohol y otras Drogas y el Departamento de Atención Especializada y Temática de la Secretaría de Atención a la Salud del Ministerio de Salud de Brasil, y la Secretaría de Derechos Humanos de la Presidencia de la República de Brasil.

TOMANDO COMO BASE

Diversos acuerdos, convenciones y tratados internacionales relacionados con la salud mental y con los derechos humanos como la Declaración de Caracas, aprobada en el marco de la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, OPS/OMS (1990); la Carta de Brasilia sobre principios orientadores para el desarrollo de la atención de la salud mental en las Américas, OPS/OMS (2005); la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006); el Acuerdo de Luján (2006); el Consenso de Panamá (2010), y el Consenso de Buenos Aires (2011);

Los debates y deliberaciones que tuvieron lugar en la "I Reunión Regional de Usuarios de Servicios de Salud Mental y sus Familiares", sus participantes:

RECONOCEN

Que una gran parte de los usuarios de servicios de salud mental y sus familiares se encuentra destituida de autonomía, de protagonismo y de acceso a los derechos de ciudadanía;

Que se produjeron, en el ámbito regional, nuevos acontecimientos y avances en los últimos años en el campo de salud mental comunitaria;

Que la Organización Mundial de la Salud elaboró principios rectores para avanzar en el mejoramiento de la atención de salud mental en el ámbito mundial, con la reciente aprobación del Plan de acción integral sobre salud mental, en el 2013;

Que la Organización Panamericana de la Salud aprobó una Estrategia y plan de acción sobre salud mental en el 2009, que expresan un compromiso político y técnico de los gobiernos, en términos de la inserción de la salud mental en la agenda pública y definen claramente las líneas claves de acción;

Que, no obstante el avance del marco jurídico logrado en algunos países de la Región, así como la presencia de experiencias exitosas de políticas públicas y de servicios de salud mental, aún persisten serias limitaciones, por lo que resulta necesario emprender esfuerzos para dar continuidad a la reforma de la atención psiquiátrica y de la salud mental, con la superación del hospital psiquiátrico y la creación de servicios comunitarios o territoriales de salud mental que respeten la libertad y los derechos humanos, y que promuevan respuestas a las necesidades de las personas que sufren como resultado de trastornos mentales, incluidos aquellos relacionados con la dependencia del alcohol y otras drogas; por otro lado, es también fundamental la elaboración y aplicación de leyes que sean congruentes con los instrumentos internacionales de derechos humanos;

Que, culturalmente, los usuarios de servicios de salud mental no son reconocidos como “sujetos de derechos” y experimentan diversas formas de violación de derechos humanos, estigma, discriminación e invalidación.

CONSIDERAN

Que el compromiso de los Estados es asegurar, promover y proteger el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de los usuarios de servicios de salud mental, adoptando las medidas necesarias para la equiparación de oportunidades; el ejercicio de la capacidad legal; la prevención de la tortura, maltrato, penas crueles, inhumanas o degradantes; la prevención de la explotación, la violencia y el abuso; la inclusión en la comunidad y el acceso al conjunto de las políticas públicas;

Que se garantice a los usuarios de servicios de salud mental, en igualdad de condiciones, el derecho a la ciudad y a la ciudadanía plena, destacándose el acceso a la vivienda, el empleo, la educación, la cultura, el transporte y el ocio;

Que se garantice la participación de los usuarios de servicios de salud mental y de sus familiares en el proceso de formulación, aplicación, gestión y evaluación de las políticas públicas de salud mental, y que se incentive la participación en las políticas intersectoriales;

Que es fundamental la participación de los usuarios de servicios de salud mental y sus familiares para la elaboración de leyes que garanticen, promuevan y fortalezcan los

derechos humanos y de ciudadanía de las personas que sufren como resultado de trastornos mentales y del consumo de alcohol y otras drogas;

Que es esencial la participación de los usuarios de servicios de salud mental y sus familiares para garantizar el acceso al cuidado de base comunitaria o territorial para la promoción de la emancipación y del acceso y el ejercicio de los derechos humanos y de ciudadanía.

PROPONEN

En relación con los derechos humanos

1. Incentivar, apoyar y difundir legislación que promueva la ciudadanía y los derechos humanos;
2. Promover los cuidados en libertad en la atención de salud mental;
3. Tener acceso a la protección legal, técnica y a otros instrumentos contra la internación involuntaria por problemas de salud mental;
4. Incentivar a los países de la Región a que promuevan acciones que permitan que los usuarios de servicios de salud mental ejerzan plenamente sus derechos civiles y políticos;
5. Quitar de la invisibilidad los espacios donde ocurren violaciones de derechos humanos contra los usuarios de salud mental y utilizar recursos institucionales y estatales de denuncia y protección. Políticas y servicios de salud mental

Políticas y servicios de salud mental

6. Evaluar la red de salud mental a nivel intersectorial y, con base en esta evaluación, validar las prácticas de los servicios, asegurando una red substitutiva de cuidados en libertad, comunitaria y territorial, bajo la perspectiva de la promoción de la salud;
7. Apoyar la implantación, el financiamiento y la fiscalización de servicios substitutivos al hospital psiquiátrico, como servicios comunitarios y residencias;
8. Incentivar la elaboración de leyes y políticas públicas que promuevan la organización, el fortalecimiento y la sostenibilidad de las asociaciones de usuarios de servicios de salud mental y sus familiares;
9. Garantizar el derecho a la residencia terapéutica o similar a todos aquellos que la necesiten.

Participación

10. Apoyar, a través de acciones interministeriales, la creación y el fortalecimiento institucional, político, económico y social de asociaciones y organizaciones de usuarios de servicios de salud mental y sus familiares en la Región de las Américas y su participación en el proceso de ejecución de las políticas públicas de salud mental;

11.Promover espacios de articulación y comunicación permanentes de asociaciones de usuarios y familiares (virtuales y presenciales);

12.Garantizar la participación de los usuarios y de los familiares en la construcción de las políticas públicas, en la gestión y evaluación de los servicios (a través del instrumento Quality Rights, por ejemplo), destacando los espacios colectivos de toma de decisiones, de modo que se modifiquen y amplíen las condiciones necesarias para la ciudadanía y los derechos humanos de los usuarios de servicios de salud mental;

13.Garantizar la participación de las poblaciones indígenas, que son usuarias de la red de salud mental, así como de los habitantes de zonas rurales;

14. Fortalecer el protagonismo de las asociaciones de usuarios y familiares en la creación de proyectos de ciudadanía, por medio de alianzas con los sectores públicos y privados;

15.Estimular a las asociaciones a que diversifiquen sus actividades actuando con base en las necesidades de las personas usuarias de servicios de salud mental y sus familiares en la defensa de los derechos humanos y de ciudadanía, sobre todo en el acceso a la salud, la educación, el deporte, la cultura, el ocio, el trabajo, el transporte y la seguridad social;

16.Elaborar registros de asociaciones y organizaciones de usuarios y familiares de salud mental de los países y de la Región;

17.Promover más espacios para el intercambio de experiencias entre asociaciones de usuarios de servicios de salud mental y sus familiares en las Américas;

18.Realizar de forma periódica reuniones regionales y subregionales de usuarios de servicios de salud mental y sus familiares en las Américas.

Formación y capacitación

19.Divulgar los documentos internacionales sobre reforma psiquiátrica, salud mental, ciudadanía y derechos humanos entre usuarios de servicios de salud mental, sus familiares, profesionales, personal administrativo y la sociedad civil;

20.Promover políticas de formación y capacitación permanente con enfoque en los derechos humanos en asociaciones y organizaciones de usuarios de servicios de salud mental y sus familiares;

21.Crear y divulgar campañas por medios de comunicación, publicitarios y de formación para sensibilizar al Estado y a la sociedad civil, específicamente a los profesionales y a los usuarios de servicios de salud mental y sus familiares, a fin de establecer una nueva forma de abordaje de las cuestiones de salud mental;

22.Promover la capacitación de familiares, usuarios y profesionales de la salud, la educación, la asistencia social, la seguridad pública y la justicia y personal administrativo,

dirigiendo el conocimiento y el cumplimiento de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CRPD, por sus siglas en inglés);

23. Utilizar estrategias creativas para facilitar la divulgación y la identificación con los objetivos de la CRPD, de acuerdo con la cultura local. Trabajo

24. Fortalecer las políticas públicas de inclusión social con respecto al trabajo que no se lleva a cabo en hospitales psiquiátricos o instituciones de asilo;

25. Fomentar y garantizar la autonomía y el protagonismo de los usuarios en espacios y ambientes de trabajo;

26. Fomentar la economía solidaria y el cooperativismo como principios promotores de ciudadanía;

27. Asegurar acciones interministeriales que incentiven, reglamenten y financien proyectos de cooperativismo y economía solidaria, garantizando la inversión en equipos esenciales para las actividades de la economía solidaria;

28. Financiar la formación y la calificación profesional de los usuarios de los servicios de salud mental;

29. Articular alianzas intersectoriales con universidades y movimientos sociales, que establezcan condiciones para el desarrollo de proyectos de economía solidaria y cooperativismo, y que se vuelvan constructoras de políticas públicas;

30. Incentivar la creación de cooperativas de trabajo, fuera del espacio de los hospitales psiquiátricos;

31. Proponer una política gubernamental afirmativa de incentivo (reducción fiscal, cuotas, entre otras) que fomente acciones incluyentes diversificadas junto a empresas públicas y privadas. Otras propuestas

Otras propuestas

32. Instar a los gobiernos a revisar y adecuar las legislaciones a la luz de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad mediante la creación de comisiones de supervisión de su cumplimiento (hacer hincapié en que las personas que sufren como resultado de trastornos mentales o usuarios de los servicios de salud mental están incluidas en la CRPD);

33. Elaborar estrategias para garantizar que los resultados de las evaluaciones de los servicios de salud mental promuevan una mejoría de su calidad y la defensa de los derechos de sus usuarios;

34. Fomentar la promoción de proyectos legislativos que fortalezcan la organización y promuevan los derechos de los usuarios en salud mental.

SE COMPROMETEN

A difundir, de forma amplia, este Documento de Consenso, A emprender esfuerzos para hacer efectivos los principios internacionales de salud mental y derechos humanos, A promover la creación y el fortalecimiento de las asociaciones de usuarios de servicios familiares y de salud mental, y A apoyar la creación de una red regional de asociaciones de usuarios de servicios de salud mental y sus familiares estableciendo una comisión integrada por representantes de los diferentes países participantes en esta Reunión.

RESEÑAS

La desmanicomalización: crónica de la reforma del sistema de salud mental en Río Negro

Hugo Cohen y Graciela Natella

Editorial Lugar, 2013

Buenos Aires Argentina¹.

Tengo un enorme placer y el privilegio de acompañar a los demás en esta presentación del libro de Hugo y Graciela.

A lo largo de mi vida de salud pública nacional e internacional he conocido y observado muchas experiencias valiosas que necesitan ser compartidas para poder ser analizadas y adaptadas por otras personas que andan en busca de soluciones y abordajes para confrontar problemas similares. Por eso, cuando se hace el esfuerzo de sistematizar y documentar los procesos y resultados, y más aún cuando los actores devienen autores y se animan a producir un libro sobre lo que han vivido y compartido, realmente debemos admirarlos y agradecerles que el compromiso con la acción haya transcurrido hacia el compromiso con la misión y con la historia.

Quisiera mencionar que el prólogo de Benedetto Saraceno hace una clara reflexión sobre el valor de la reforma de salud mental en Río Negro.

Los demás comentaristas de esta tarde seguramente abordaran los aspectos técnicos de esa reforma y su carácter innovador frente a la práctica de los programas de salud mental hasta ese entonces prevalentes. También analizarán los aspectos jurídicos y legales por el avance que significó la Ley 2.440 de promoción sanitaria y social de las personas que padecen sufrimiento mental. Para los que gustan de la lingüística, el título de la Ley es ya una declaración exhaustiva de los principios que la sustentan. No es una ley contra ni sobre, es una ley para las personas no enfermas sino que sufren y padecen.

Yo me referiré a algunos aspectos del entorno de este proceso de Río Negro.

Por un lado el movimiento dentro mismo de la salud mental que como reconocen los autores tiene muchos antecedentes, en búsqueda de una psiquiatría social, que reconoce los trastornos mentales en su complejidad socio sanitario, y que requiere de enfoques multi y transdisciplinarios para su abordaje. El respeto a la dignidad y a la autonomía de la persona que sufre de problemas mentales y el fracaso de los métodos de encierro y aislamiento, así como los avances en neurociencias y neurofarmacología, los cambios demográficos

¹ Nota: Agradecemos a la Dra. Mirta Roses el publicar esta reseña que recoge la presentación que hizo del libro de los Dres. Hugo Cohen y Graciela Natella en la ciudad de Buenos Aires (Argentina).

con el envejecimiento de la población y la diversificación de formación de recursos humanos que intervienen en la atención a las personas y la diversificación y expansión de las adicciones y conductas violentas han ido empujando a una revisión de la práctica de la salud mental.

La historia en Argentina de la evolución de la atención de salud mental es muy rica y los aportes de los especialistas han sido reconocidos mundialmente y algunos referidos en el mismo libro

Por otro lado, el movimiento desde la organización de los servicios de salud, tratando de acercarse cada vez más a las personas en su hábitat ya sea residencial, laboral, escolar, recreativo, y reduciendo las internaciones por su alto costo financiero y social, de exclusión y desarraigo. La generación de nuevos modelos de atención y nuevos roles dentro del equipo de salud más allá del médico y la enfermera y la necesidad de transformar los hospitales de centros de internación a centros de tecnología para las especialidades donde se concentra el equipo de diagnóstico y de procedimientos especializados.

Los movimientos de extensión de la atención primaria en salud, el rol de la comunidad y su participación han tenido muchas expresiones en el país, con el servicio nacional de paludismo en Salta en los 50s, los Planes San Juan y Tucumán en la década del 60, los de Neuquén en la del 70, el SNIS que se aplicó en Chaco y San Luis en el 75 y la descentralización con sistemas locales integrados, hospitales de área programática, extensión de cobertura y equipos móviles como en Río negro al comienzo de los 80s.

El tercer elemento, es desde el campo de la legislación y el enfoque de derechos humanos, a medida que el mundo reflexiona sobre las atrocidades de los campos de concentración y exterminio genocida desde la segunda guerra mundial y sucesivos hechos acaecidos en nuestro país, nuestra región y en otros continentes, que lamentablemente continúan ocurriendo.

Hay una íntima relación entre estos tres aspectos: el específico de la patología mental, el de la organización de los servicios de salud y el de la concepción de derecho y justicia.

En el plano global las experiencias contemporáneas pioneras más notables han sido en Italia y España como bien refieren en el libro, a las que luego se suma un movimiento que logra culminar con la Declaración de Caracas de 1991 con un compromiso explícito por la extenuación de las personas que padecen trastornos mentales y el cierre de los manicomios u hospitales psiquiátricos.

La experiencia de Río Negro surge en el momento y lugar propicio, casi sin intención, como expresan los autores del libro, sin una predeterminación sino por la conjunción de personas, procesos, historias, acontecimientos que generan la posibilidad del cierre del hospital Allen y, al mismo tiempo, abren la necesidad de adecuar la legislación a la realidad.

La identificación genérica del enfermo mental como algo peligroso para la sociedad y la reacción legal protectora de aislar al ente peligroso es un entramado histórico muy complejo que no ha sido fácil desarmar y que aún continúa siendo perverso en la mayoría de

los países. En estos días el fiscal general de los USA ha dicho que las cárceles sobrecapadas de los EUA podrían aliviarse si se suspende la internación de los consumidores de drogas que ya constituyen el 25% de la población encarcelada, cuando al mismo tiempo personas con graves trastornos mentales no son internadas en centros apropiados durante sus crisis.

La novedosa identificación en el caso de Río Negro de la necesidad de dar respuesta a las crisis y al mismo tiempo lograr la reinserción social de los afectados crónicos son ele... que el cierre o transformación de los grandes hospitales o centros psiquiátricos cae finalmente por su propio peso, como un fruto maduro, por la falta de nuevos ingresos y por la exitosa externación de los habitantes de décadas.

Es en el contexto de una sociedad democrática donde modelos como el de la reforma de Río Negro pueden fructificar y así lo demuestran, aunque por otra parte, debemos reconocer que no basta una sociedad democrática para romper las estructuras rígidas construidas durante siglos y con la complicidad de una rutina práctica médica.

Aun viviendo en marcos democráticos seguimos contando con numerosos hospitales psiquiátricos inaceptables en nuestro país, en la región y en el mundo, como símbolo de nuestras limitaciones y fracasos.

La aprobación de la Ley de salud mental en Argentina marca nuevamente, como en su tiempo la de Río Negro, un hito ejemplar. El libro de Hugo y Graciela es un insumo importantísimo para el camino de la aplicación de la Ley. Sus cuidadosas referencias y notas al pie de página, reconociendo con sus nombres a los múltiples aportantes y constructores, es un signo de la calidad y compromiso con que ha sido encarada esta obra.

Considero que tenemos en las manos un cuaderno de bitácora para que se orienten en su travesía aquellos que quieren emprender desde ahora y sin demoras, la transformación profunda y positiva de la atención de la salud mental.

Mirta Roses Periago
Médico
(Ex Directora general de la Organización Panamericana
de la Salud / Organización Mundial de la Salud)
Buenos Aires (Argentina)

IN MEMORIAM

ROBERT CASTEL (1933-2013)

Reflexiones Impertinentes

Robert Castel ha muerto (13-3-2013) pero no del todo, al menos mientras la estela de sus ideas sigan alumbrando el camino no ya de los sociólogos, también de los clínicos que continuamos en la brecha de la asistencia a la locura en cualquiera de sus formas. Ahora apenas con un gesto nimio tienes la información en wikipedia o en la red acerca de quién fue R. Castel. Podemos saber que procedía de la filosofía y abrazó la sociología para mirar el mundo, trabajando en las Universidades de Lille, la Sorbona, Vicennes, y dirigiendo el Centro de Estudios de Movimientos Sociales. Lo que no está a primera vista es el impacto causado durante su desembarco en nuestro terreno durante los años 80 con las obras: “El orden psiquiátrico: la edad de oro del alienismo”, “La sociedad psiquiátrica avanzada” (escrita en colaboración con los psiquiatras F. Castel y A. Lovell), y “La gestión de los riesgos. De la antipsiquiatría al pos-análisis”. Los nutrientes intelectuales de su pensamiento en estas obras nos regaló una revisión del concepto contexto, que estudiábamos en otros registros, cobrando súbitamente una nueva dimensión, que envolvía y redefinía nuestras ínfulas terapéutico- asistenciales. Aparecía ante nosotros un panorama surcado por el mercadeo ideológico, por la gestión medicalizada y psicologizada de los malestares, de las diferencias, de las miserias, diseñando nuevas formas coercitivas, implementando un nuevo orden de control siguiendo la bandera de la diosa técnica.

Mientras estábamos absortos en la desinstitucionalización, durante la década de los 80, conocer el panorama que acabo de describir debería vacunarnos contra las ilusiones ópticas. Hoy los análisis de Castel ya son realidades evidentes, y la exclusión social adoptó nuevas formas, superando los muros manicomiales. Hoy nuestros silencios, por ejemplo acerca de la oleada de suicidios por la angustia de perder la casa, vocean en el desierto los sesgos y la manipulación ideológica.

La transinstitucionalización llevó a los asilos, los albergues, las pensiones, las cárceles, las formas de locura menos insertables en la comunidad, tal como había descrito Castel en su análisis del modelo norteamericano. Las familias (en su mayor parte mujeres) permanecen aplastadas por el enorme derroche de energía que supone convivir con una persona con psicosis, trastorno de personalidad, adicciones, senilidad, sin el respaldo necesario.

Las técnicas psi extienden su saber para regular los desatinos y revolcones que nos da la vida como enfermedades, represiones político sociales, reventones económicos o injusticias misérrimas sin más. Una de las más lacerantes es la insistencia pertinaz en el

pensamiento positivo culpabilizante como modelo para afrontar todo tipo de sucesos: el cáncer, los desahucios, el racismo, la guerra, etc. Otra es la organización militar de comunidades terapéuticas para adictos, asistencia privatizada y subvencionada acríticamente.

Y esto nos lleva a la guinda del pastel de la importancia del contexto socioeconómico e ideológico: se buscan nuevos modelos de negocio. Por ejemplo el que promueve los nuevos vientos privatizadores (no tan nuevos, recuérdese la asistencia a las adicciones, o la atención a los menores conflictivos) de las prestaciones sanitarias, o la dejación de la formación en manos de la industria farmacéutica. Castel está aquí, brindando a la realidad, que no al sol.

Andrés Cabero
Psicólogo clínico
Oviedo (Asturias-España)

JEAN OURY (1924-2014)

Jean y la Institución Terapéutica

Jean Oury moría el 15 de mayo en su casa ubicada en la clínica que le pertenecía y en la que trabajó hasta el último día de su vida, conocida como clínica de La-Borde, cerca de la ciudad de Blois, al sur de París.

J. Oury era el más joven de aquella generación que, por “casualidad” o “causalidad” de nuestra guerra civil y posterior guerra mundial, se encontraron refugiados en el pequeño pueblo de la Lozere francesa, St. Alban. Dicho lugar será conocido como el que dio origen a un cambio importante del Hospital Psiquiátrico y su dinámica, y que dicho cambio o dinámica, guardaría el nombre que el Dr. Daumezon le puso en unas jornadas en Portugal: hablamos del movimiento de Psicoterapia Institucional. Allí se encontraron el Dr. L. Bonnafe, Balvet, Daumezon, J. Oury y F. Tosquelles.

Bajo el impulso de estos personajes y en un ambiente surrealista, comenzaba la transformación del asilo como centro cerrado y creador de alienación suplementaria: a los que ya padecían una profunda alienación psíquica, se añade una alienación social, estimulada por el propio establecimiento hospitalario.

En oposición a lo que algunos miembros de la Antipsiquiatría italiana proponían cerrar los hospitales psiquiátricos, para así, creían ellos, terminar con, al menos, la alienación social propia al funcionamiento del hospital psiquiátrico, F. Tosquelles con el equipo que le acompaña propone no cerrar el hospital, hay que tratarlo y curarlo, abrirlo hacia el interior, antes de poder abrirse hacia el exterior”, y así consiguen que sean los propios pacientes quienes derrumben los muros internos que los separan entre ellos y del pueblo, dando paso, por un lado a la creación de un club interno y al comienzo de lo que más tarde se llamará “la sectorización”, como política territorial, para mejor organizar el tratamiento en su zona geográfica con el mismo equipo para tratar al paciente en su contexto familiar y social. No voy a entrar aquí en explicar el funcionamiento del club, tan importante en romper barreras en el interior, y favorecer así encuentros entre los pacientes, que antes era imposible

No por mis visitas a mi amigo J. Oury en su clínica, ni otras que había con frecuencia, la institución se paralizaba o cambiaba su funcionamiento. Asistía con el a reuniones que el club organizaba con y por los pacientes, todos ellos, con su gran y grave historia psiquiátrica a cuestas.

Su disponibilidad para la acogida del otro, no era solo la consecuencia de un programa establecido. En él, como en la mayoría el grupo, dicha disponibilidad se desprendía lógicamente de su humanismo, presente en sus vidas.

A las 12 de la noche, en una ocasión que charlábamos los dos, recibió una llamada de teléfono de un paciente de la clínica, que se preocupaba por él (D. J. Oury) al ver tan tarde la luz de su despacho. Un paciente que llama al médico, director y propietario... que es difícil que sea posible, y además, que haya respuesta. Así era J. Oury y esas cosas se permitían en el lugar.

Ello presupone, como digo, un gran humanismo y una organización que dichos encuentros sean posibles.

Tanto para F. Tosquelles como para J. Oury, a quien he tenido el gusto de conocer, tratar y con quien me unió una gran amistad hasta el final de sus días, una institución podía organizarse en cualquier lugar, sustentándola en este humanismo estructural de base, de los miembros que deben organizarla, y un análisis permanente de su práctica; porque dicho trabajo desalienante, nunca terminó. Aunque apenas venía gente a escucharlo casi hasta un mes antes de su muerte, dio y animó un seminario en la clínica, todos los sábados, abierto a quien quisiera venir, enfermos incluidos.

Infatigable luchador, un poco Quijote, siempre luchando contra los molinos “reales” que la administración y el propio equipo de la clínica interponían en su camino.

Nunca quería descansar, su trabajo, el paciente y la clínica formaban su quehacer “patológico” cotidiano.

La eficiencia no era económica. La eficiencia debía consistir en la escucha de “cada uno” en su individualidad y como muchos pacientes eran incapaces de un decir, había que organizar la institución para que facilitara encuentros que pudieran producir, quizás algunos efectos terapéuticos o al menos una mejoría diaria en su calidad de vida. Sin olvidar que los objetivos de un hospital, nunca deben de ser su propio mantenimiento, si no el de estar al servicio del paciente y sus necesidades, cueste lo que cueste y dure el tiempo que creamos necesario. Ya vemos que los criterios de eficacia actuales no van por el mismo camino.

Su gran interés por el ser humano le llevó a preocuparse por ámbitos muy variados de nuestra cultura, pero sobre todo en lo concerniente a lo social y a la patología psiquiátrica. Muy próximo siempre a F. Tosquelles, también lo fue de J. Lacan, con quien estuvo en análisis unos 20 años “y porque se murió...” me decía riendo.

Con mucha frecuencia me llamaba a las 12 de la noche, y sus preocupaciones siempre estaban en los seres cercanos, los pacientes y la clínica, que quería cerrar con frecuencia, problemas con la administración o con sus propios colaboradores.

Hasta el final, también quiso animar su seminario mensual en el hospital parisino de St. Anne, donde junto a su amigo J. Ayme, mientras vivió, y hasta un mes antes de su muerte, animó.

Sus seminarios, su clínica y su personaje, han sido un centro mundial de su cierta humanización de la psiquiatría y de su organización institucional, un poco surrealista para los realistas de turno.

Incluso 15 días antes de su muerte me decía que debíamos ir a Toulouse y que no había que suprimir la jornada. No se podía mantener en pie... pero quería seguir andando.

Tanto él como Tosquelles, eran unos locos, extraños para el mundo normal, un poco Quijotes y que a través de su loca lucha, quizás hayan conseguido que otros también sigamos creyendo en el mundo de la psiquiatría, que hay valores que defender y pueblos que explorar, aunque parezcan molinos de viento.

Adiós amigo y espero que tus ejemplos dejen posibles flores en el camino.

*Fernando de Vicente
Psicoanalista
Paris (Francia)*

JOSÉ MANUEL GARCÍA DE LA VILLA (1945-2014)

La Psiquiatría y la dignidad

En la madrugada del día 2 de agosto falleció, a los 68 años, el Dr. José Manuel García de la Villa Merchán. Hijo y hermano de Psiquiatras, había nacido en Vigo en el año 1945. Estudió en Salamanca la carrera de Medicina y se especializó en Psiquiatría y Neurología en el Hospital Psiquiátrico de Toén (Orense) junto al Dr. Cabaleiro Goas. Trabajó la mayor parte de su vida como Psiquiatra salvo un corto periodo de tiempo en que fue Director del Hospital Provincial de Pontevedra realizando modificaciones estructurales tendentes a la modernización y adecuación del centro sobre todo en lo referente a la atención a las urgencias.

Ha sido el único psiquiatra que ha trabajado en tres de los cuatro hospitales psiquiátricos de Galicia (Toén, Conxo y Rebullón) participando en la transformación de estas instituciones, no solo para hacerlas *vivas, vivientes y vivibles*, sino también para desarrollar un modelo basado en la Atención Extrahospitalaria y Comunitaria mediante la filosofía asistencial del Sector.

Como hemos dicho en Toén realizó su formación, José Manuel la relataba de esta forma:

En aquellos años entre 1968 y 1972 en que yo era “ni siquiera Residente” en Toén... alguno se habrá sorprendido por lo de “ni siquiera Residente”... En el PANAP las plazas eran por oposición, incluidas las de residentes, pero no recuerdo ninguna convocatoria. Nosotros teníamos una plaza en interinidad entre dos. El otro figuraba oficialmente como interino y no residía. Yo residía y no figuraba, pero comía, dormía y me lavaban la ropa. Era mi única manera de poder hacer la especialidad. El sueldo de 4500 pesetas lo repartíamos entre dos, para mí, que ya era huérfano de padre, una bendición del cielo que me permitía no sobrecargar a mi madre. Aquello no tenía nombre, pero por llamarle de alguna manera me decían “Asistente Voluntario” **(Entrada 265 del blog Imágenes de la Psiquiatría)**

En el Sanatorio de Conxo convivió como Jefe Clínico con todo el proceso de reforma iniciado por el Dr. José Luís Montoya y el grupo de psiquiatras que habían sido expulsados del Hospital Psiquiátrico de Oviedo en 1972. Teniendo como Jefe de Servicio al Dr. Paco Torres y como compañero de Jefatura Clínica al Dr. Emilio González.

En Abril de 1975 empieza a trabajar en la creación del Hospital Psiquiátrico “Rebullón” perteneciente a la Diputación de Pontevedra, donde ocupó el cargo de Jefe de Servicio y Subdirector del Hospital Psiquiátrico “El Rebullón” y más tarde, cuando la integración de los Servicios Asistenciales de Salud Mental en el Servicio Galego de Saude (SERGAS) de Jefe de Servicio del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, hasta su jubilación, hace tres años. Desde 1992 desarrolló su actividad profesional en la Unidad de Salud Mental de Coia (Vigo).

Fue socio fundador del Círculo Psicoanalítico de Vigo (1977) y también el primer presidente de la Asociación Galega de Saude Mental (1982) desde donde impulsó la reforma psiquiátrica en Galicia. Gran defensor de la actividad ante la deserción terapéutica, en un escrito de enero de este año recogemos tal vez sus últimas palabras en este sentido:

Algunas veces pienso en las cosas que hemos hecho a “pecho descubierto”, simplemente porque era bueno para los pacientes. Hoy sería impensable no hacer un seguro o tener todas las

*autorizaciones de la Administración y aún así tal vez habría que considerar dietas, horarios extraordinarios, etc. Otras veces pienso en el mito de Sísifo en la historia de la Psiquiatría. Veo a los médicos alienistas y psiquiatras en la historia constantemente teniendo que reformar las instituciones para humanizarlas. Llevamos siglos en esta tarea y yo mismo me he quemado las pestañas. Hablo de la reestructuración sectorial de Toén, de la Reforma de Conxo, de la puesta en marcha del Hospital Rebullón, siempre contra viento y marea. Y veo que de nuevo ha sido necesario trasladar y reformar Toén, que sería bueno cambiar Conxo y que todavía hay que desmantelar del todo El Rebullón. Esto no termina nunca porque las instituciones tienden a degradarse y deshumanizarse. Yo creo que también las quirúrgicas, las oncológicas, etc. pero quizás los psiquiatras nos fijamos más en estos aspectos. (Entrada 265 del blog **Imágenes de la Psiquiatría**)*

Perteneció a una generación que tuvo que anteponer como primer objetivo la dignidad de los servicios de Salud Mental públicos. Una asistencia indigna como la que había en muchos lugares de España era algo que no se podía consentir; se conculcaban los derechos humanos de los pacientes internados, la exclusión del sistema sanitario de la Enfermedad Mental, la estigmatización de la asistencia, etc... fueron aspectos que debían ser prioritarios. Precisamente El Rebullón nació con las propuestas de no ser un lugar de exclusión social, de ser abierto, del trabajo comunitario como objetivo principal, etc, pero al mismo tiempo ofrecer la mejor asistencia para el que más la necesitaba. Sin embargo, en los últimos años, observaba como muchas de estas consecuciones eran banalizadas, empezaban a tambalearse y observaba con temor que existía el riesgo de perderlas y sobre todo que eran tratadas como si fueran algo innecesario o el capricho de unos iluminados, de ahí el Mito de Sísifo del que habla.

Era pues, un gran defensor de los Derechos Humanos de los pacientes y del trabajo multidisciplinar en equipo, sobre todo habría que destacar en él su pasión por encontrar la causa última de los conflictos emocionales y como estos quebrantan el resto del organismo, enfocando la medicina como un todo inseparable que comprende al hombre en su unidad por encima de la visión sesgada de cada especialista.

Hasta su jubilación participó en la formación de los más de 100 MIR de Psiquiatría y PIR que se han formado en el área de Vigo y aún después de la jubilación acudía los miércoles a las sesiones clínicas que se organizaban en el Hospital “Nicolás Peña” donde está ubicada actualmente la Unidad de Hospitalización de pacientes agudos.

El Dr. García de la Villa ha sido un pilar fundamental en la transformación de la Asistencia Psiquiátrica en Galicia y un soporte básico en la docencia y en la transmisión del pensamiento crítico frente a la complacencia y los que abusan del pensamiento circular. Los que hemos tenido la suerte de conocerlo y el honor de trabajar a su lado lo echaremos mucho de menos.

*Tiburcio Angosto Saura
Psiquiatra
Vigo-España*

DIEGO GUTIÉRREZ GÓMEZ (1923-2013)

Pionero de la paidopsiquiatría española

Diego Gutiérrez es considerado uno de los “nietos científicos” del Dr. Gonzalo Rodríguez-Lafora¹, pues se especializó con este tras el regreso del Dr. Lafora de su exilio en México. Fue un hombre polifacético, que se especializó en psiquiatra y neurología, pero que además se formó como psicólogo. Su trayectoria profesional y su trabajo clínico fueron dirigidos a la psiquiatría infantil, siendo Jefe del Servicio de Psiquiatría Infantil del Hospital del Rey en Madrid. En ese sentido se le considera uno de los pioneros de la paidopsiquiatría en España y fue uno de los fundadores de la Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia. Sin embargo, su interés profesional fue más amplio, pues durante años fue el redactor Jefe de la revista Archivos de Neurobiología, publicación considerada la mejor de la época en esta temática y que había sido fundada entre otros por José Ortega y Gasset y Gonzalo Rodríguez-Lafora. Asimismo, fue secretario general de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) y posteriormente miembro de honor de la misma. Esto último se debió a su desinteresado esfuerzo en mantener viva la Asociación Española de Neuropsiquiatría en los tiempos difíciles de la dictadura.

Hay una faceta menos conocida de Diego Gutiérrez que fue su dedicación como profesor de psicopatología escolar en la antigua Escuela Universitaria de Psicología. Hay que añadir que recibió varios premios, entre ellos el Premio Zumel y el Premio de la Sociedad Española de Médicos Escritores.

La última vez que lo vi fue en una jornadas de historia de la psiquiatría en A Coruña. (1999). Tenía 76 años y seguía incansable con su actividad científica. En esas jornadas había presentado un trabajo sobre la obra del neurocirujano Sixto Obrador y como siempre destacó por su amabilidad y por los detalles. Hoy releía la carta que me envió con el libro sobre Sixto Obrador que había escrito con José M.^a Izquierdo², y sus palabras hablaban de amistad y de servicio a la AEN.

Entre los que le conocimos nos queda el recuerdo de un hombre honesto, un profesional de sólida formación y una persona que daba sentido al término «ética».

*Víctor Aparicio Basauri
Psiquiatra (Asturias-España)*

¹ López-Muñoz F., Molina J.D., De Pablo S., Alamo C..Lafora y el origen de la neuropsiquiatría biológica española. *Psiqu. Biol.* 2007; 14 (3): 108-20

² D. Gutiérrez, J. M^a. Izquierdo. El doctor Obrador en la medicina de su tiempo. BEAR. Oviedo.

NOTICIAS BREVES

En febrero 2014, el Plenario de la Asamblea Legislativa de **Costa Rica**, aprobó en primer debate la inclusión en la Ley General de Salud y en la Ley Orgánica del Ministerio de Salud de la creación de la **SECRETARIA DE SALUD MENTAL** adscrita al Ministerio de Salud, la propuesta fue apoyada por la OPS/OMS como parte del proyecto de cooperación técnica entre países sobre Políticas y Legislación en Salud Mental en conjunto con ELS y HON. Una de las tareas prioritarias de esta nueva secretaría es la formulación de una Ley de Salud Mental, así como darle seguimiento a la ejecución de la Política y el Plan Nacional de Salud Mental.

El Principado de Asturias ha presentado un proyecto de nuevo **Plan de Salud Mental (2015-2020)**.

Profesionales y ciudadanos españoles firman la **Declaración de Atocha** en defensa del fortalecimiento de la atención en salud mental.

La OPS/OMS presenta un nuevo **Manual de salud mental para trabajadores de atención primaria**.

El próximo **Congreso Nacional de la AEN (profesionales de la salud mental)** se celebrará en Valencia del 11 al 13 de Junio de 2015.

En el curso anual de esquizofrenia que organiza el Prof. Manuel González de Chávez del 20 a 22 de Noviembre de 2014 (Madrid) se ha presentado la versión española del libro de **W.W. Meissner “La psicoterapia y el proceso paranoide”**.

REUNIONES CIENTÍFICAS

- **11.º Congreso Asociación Andaluza de profesionales de salud mental (AEN)**
6-8 noviembre 2014
Málaga
www.congreso-aapsm-aen.com
- **VII Congreso Internacional, XII nacional de Psicología Clínica, III Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud**
14-16 noviembre 2014
Sevilla
www.ugr.es/~aepc/WEBCLINICA
- **XIX Curso anual de esquizofrenia**
20-22 noviembre 2014
Madrid
www.cursoesquizofrenia.com
- **XVIII Congreso de APAL**
22-26 Noviembre 2014
Cartagena de Indias (Colombia)
psiquiatria.org.co
- **Encuentro internacional “La visión de Franco Basaglia: salud mental y complejidad de la vida real. Práctica e investigación”**
9-12 diciembre 2014
Trieste (Italia)
who.cc@assl.sanita.fvg.it
- **22 Symposium internacional sobre actualizaciones y controversias en psiquiatría**
6-7 marzo 2015
Barcelona
www.ControversiasBarcelona.org

- **19 Congreso Internacional ISPS: "From DNA to Neighborhood: Relationship and Experience in Psychosis: An International Dialogue"**
18 - 22 de Marzo 2015
Nueva York
<http://www.isps2015nyc.org/>
- **6th World Congress on Women's Mental Health - Trauma, Depression and Resilience**
22-25 marzo 2015
Tokio (Japón)
www.congre.co.jp/iawmh2015/
- **XIII Jornadas de la sección de psicoanálisis de la AEN: "La Estructura familiar en la clínica psicoanalítica contemporánea"**
10 -11 de Abril 2015
Madrid
www.aen.es
- **XXVII Congreso Nacional de SEPYPNA: "El grupo y la relación con el otro en el desarrollo psíquico de niños y adolescentes: implicaciones psicoterapéuticas"**
17 y 18 de Abril 2015
Valladolid
<http://congresos.seypna.com/>
- **XXVI Congreso Nacional de la AEN (profesionales de la salud mental): "La salud mental en el contexto de la crisis"**
11-13 junio 2015
Valencia
www.aen.es
- **11 Conferencia de la Red Europea de evaluación de servicios de salud mental (ENMESH)**
1-3 Octubre 2015
Málaga
www.enmesh.eu
- **4th WAPC Congress - Global Challenges & Cultural Psychiatry**
28 octubre a 2 de noviembre 2015
Puerto Vallarta, Jalisco (México)
www.gladet.org.mx/congreso%20ant/indexpv.html

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 2, número 2, 2002



**HISTORIA DE LA PSIQUIATRIA
EN ESPAÑA**
Victor Aparicio Basauri
Juan José Martínez Azumendi
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 3, número 1, 2003



**ANTROPOLOGIA Y SALUD
MENTAL**
José Figueras Lois
Ignacio López Fernández
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 3, número 2, 2003



**SALUD MENTAL Y
POBLACION SIN HOGAR**
Mónica Tronchoni Ramos
Victor Aparicio Basauri
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 4, número 1, 2004



SOBRE VIOLENCIAS
Andrés Cabero Álvarez
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 4, número 2, 2004



**LA ESQUIZOFRENIA:
DEFICITS Y TRATAMIENTO**
Berta Moreno Klitzner
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 5, número 1, 2005



**SALUD MENTAL Y MEDICINA
BASADA EN LA EVIDENCIA**
César Luis Sanz de la Garza
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 5, número 2, 2005



ESTADOS LIMITE
Pedro Marina González
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 6, número 1, 2006



**TRATAMIENTO AMBULATORIO
INVOLUNTARIO**
Ana Esther Sánchez Gutiérrez
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 6, número 2, 2006



CLÍNICA DE LA HISTERIA
Tibericio Angosto Saura
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 7, número 1, 2007



**PSICOTERAPIAS EN LOS
SERVICIOS PÚBLICOS**
Paz Arias García
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 7, número 2, 2007



**REHABILITACIÓN
PSICOSOCIAL**
José Juan Utiarte Utiarte
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 8, número 1, 2008



ARTE Y PSIQUIATRIA
Oscar Martínez Azumendi
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 8, número 2, 2008



SALUD MENTAL INFANTIL
Purificación Ripollas Erro
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 9, número 1, 2009



**ADHERENCIA
TERAPEUTICA**
José Luis Hernández Plata
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 9, número 2, 2009



**LA SALUD MENTAL EN
CENTROAMERICA Y R. DOMINICANA**
Victor Aparicio Basauri
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 10, número 1, 2010



**SALUD MENTAL Y
EMERGENCIA HUMANITARIA**
Victor Aparicio Basauri y Paz Arias García
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 10, número 2, 2010



CLÍNICA LITERARIA
Ramón Esteban Amaluz
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 12, número 1, 2012



Cárcel y Salud Mental
I. Naranjo, A. Abad, M. Álvarez, J. M. Arroyo, L. Baeta,
M. Hernández, M. B. Longoria, M. M. Lladó, C.
Mancoske, G. Repetto, J. M. Sánchez

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 11, número 1, 2012



**SALUD MENTAL COMUNITARIA:
EL MODELO DE GIRONA**
Cristina Gisbert y Jordi Cid
(Completado)

**CUADERNOS DE PSIQUIATRIA
COMUNITARIA**
Vol. 12, número 1, 2012



Cárcel y Salud Mental
I. Naranjo, A. Abad, M. Álvarez, J. M. Arroyo, L. Baeta,
M. Hernández, M. B. Longoria, M. M. Lladó, C.
Mancoske, G. Repetto, J. M. Sánchez

ARTÍCULOS ORIGINALES

Aspectos históricos y evolución del concepto de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): Mitos y realidades.

José María Pelayo Terán, Pedro Trabajo Vega, Yolanda Zapico Merayo 7

Protocolo de intervención en TDAH

Flora María Vega Fernández 21

El papel del psicólogo clínico en el abordaje del trastorno por déficit de atención e hiperactividad

Sara Pascual Lema 37

Comprensión y respuesta educativa al TDAH

Ángel Hidalgo Pérez 55

Intervención social en los trastornos de conducta perturbadora (incluidos TDAH)

Ester González Camino 73

Caracterización y evolución del TDAH en la etapa adulta

Nicolás Martín Navarro 87

Controversias en el TDAH

Yolanda Zapico Merayo, José María Pelayo Terán 97

INFORMES

Carta de Nairobi 107

REUNIONES CIENTÍFICAS 117

NORMAS DE PUBLICACIÓN 125

ASOCIACIÓN ASTURIANA DE NEUROPSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

Profesionales de Salud Mental (Miembro de la Asociación Española de Neuropsiquiatría)

La Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental fue fundada en 1987 y está formada por Profesionales de Salud Mental que trabajan en la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias. La Asociación forma parte de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Entre sus actividades destacan:

- Desarrollo de actividades docentes a través de “**La Escuela de Salud Mental de la A.E.N.**” (Delegación de Asturias). Anualmente se celebra un “Curso de Psiquiatría y Salud Mental”.
- Publicación de un **Boletín Informativo** de carácter trimestral que se distribuye gratuitamente a los miembros de la Asociación Asturiana.
- Publicación de la revista monográfica “**Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria**” de periodicidad semestral que se distribuye gratuitamente a los miembros de la Asociación Asturiana.
- Programa de formación continuada a través de la convocatoria de **Bolsas de Viaje “Carmen Fernández Rojero”** para estancias de formación en Servicios de Salud Mental nacionales y extranjeros.
- **Premio “Julia Menendez de Llano”** al mejor poster presentado en las **Jornadas Asturianas de Salud Mental**.
- Actos con motivo del “**Día Mundial de la Salud Mental**” que se celebra el 10 de octubre de cada año.
- **Foros, Debates y Conferencias** sobre temas de actualidad profesional y científica.

Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental
aenasturias@hotmail.com
www.aen.es

SOLICITUD DE INGRESO EN LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

(Y en la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental)

Nombre 1º Apellido

2º Apellido

profesional de la Salud Mental, con título de.....

que desempeña en (centro de trabajo).....

y con domicilio en c/

Población D. P. Provincia.....

Tel. e-mail

SOLICITA:

Su ingreso en la Asociación Española de Neuropsiquiatría y en la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental, para lo cual es propuesto por los miembros:

D.

D.

(Firma de los dos miembros)

Firma:

Fecha / /

Esta solicitud deberá ser aprobada por la Junta de Gobierno y ratificada en la Junta General de la Asociación. La suscripción de la Revista de la A.E.N y de Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria está incluida en la cuota de asociado.

Nombre 1º Apellido

2º Apellido

Dirección

BANCO/CAJA DE AHORROS

N.º CUENTA IBAN

Muy Sres. míos:

Les ruego que a partir de la presente se sirvan abonar a mi Cuenta Corriente/Libreta de Ahorros el importe de la suscripción anual a la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Firma

NORMAS DE PUBLICACIÓN

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria abordará con carácter monográfico diversos temas de psiquiatría y de disciplinas afines que sean relevantes para aquélla con la colaboración de reconocidos profesionales en dichas materias.

REQUISITOS DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos constarán de las siguientes partes, cada una de las cuales se iniciará en una página independiente:

1. Primera página, que incluirá por orden, los siguientes datos: título del artículo (en español e inglés); nombre y apellido(s) de los autores, indicando el título profesional, centro de trabajo, dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria.

2. Resumen, de extensión no inferior a 150 palabras ni superior a 250. En los trabajos originales se recomienda presentarlo en forma estructurada (introducción, métodos, resultados y conclusiones). Irá seguido de 3 a 10 palabras clave seleccionadas preferentemente entre las que figuran en el Medical Subject Headings del Índex Medicus. Tanto el resumen como las palabras clave se presentarán en castellano e inglés.

3. Texto, que en los trabajos de investigación conviene que vaya dividido claramente en apartados según el siguiente esquema:

3. 1. Introducción: explicación breve cuyo objetivo es proporcionar al lector la información imprescindible para comprender el texto que sigue.

3. 2. Sujetos (pacientes, material) y métodos: se especificará el(los) lugar(es) donde se ha realizado el estudio, las características del diseño (duración, criterios de inclusión y exclusión, etc.), las pruebas utilizadas (con una explicación que permita su replicación) y los métodos estadísticos empleados, descritos con detalle.

3. 4. Resultados: descripción de las observaciones efectuadas, complementada por tablas o figuras en número no superior a seis en los originales y a dos en las comunicaciones breves.

3. 4. Discusión: exposición de la opinión de los autores sobre el tema desarrollado, destacando la validez de los resultados, su relación con publicaciones similares, su aplicación práctica y las posibles indicaciones para futuras investigaciones.

4. Agradecimientos: en los casos en que se estime necesario se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

5. Referencias bibliográficas (normas Vancouver): se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado. No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una «comunicación personal». Los artículos aceptados para publicación podrán citarse colocando la expresión «(en prensa)» tras el nombre de la publicación. En caso de ser varios autores, se indicarán todos ellos hasta un número de seis y si se supera este número, se añadirá et al., poniendo el (los) apellido(s) seguido de la(s) inicial(es) sin otro signo de puntuación que una coma separando cada autor y un punto final, antes de pasar al título.

6. Tablas y figuras: presentarán en hoja aparte, numeradas consecutivamente según su orden de referencia en el texto en cifras arábicas (tabla x, figura x), con el título y una explicación al pie de cualquier abreviatura que se utilice. Se incluirá una sola tabla o figura por hoja.

PROCESO DE EDICIÓN

El Comité de Redacción se reserva el derecho de realizar las modificaciones de estilo que estime pertinentes en los trabajos aceptados para publicación.

Para una información más detallada, consulten «Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados para publicaciones en revistas bio-médicas». Arch Neurobiol (Madr) 1998; 61 (3): 239-56 y Medicina Clínica. Manual de estilo. Barcelona: Doyma; 1993.

